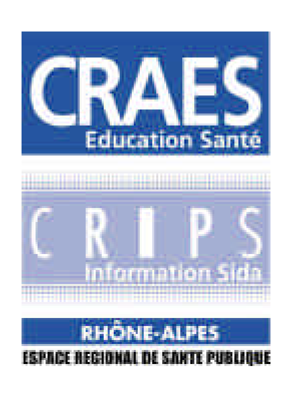




POPULATIONS MIGRANTES ET VIH
pratiques de prévention et d'accompagnement

COMPTE RENDU
de la journée du 30 Mars 2000

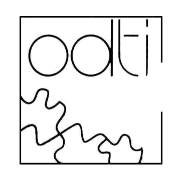


Journée organisée grâce au partenariat de









Et aux apports financiers de la CRAM / URCAM Rhône Alpes et du FAS Rhône Alpes

NOTE AU LECTEUR…

La parution des contenus de la journée sur Migrants et Vih a connu quelque retard de publication, et le lecteur avisé notera que l'ensemble des contributions à cette journée du 30 mars 2000, qui a réuni 180 participants n'est pas exhaustive. Il vous faut quelque explication à ce décalage : nous n'avions pas prévu d'enregistrer les séances en plénière et à défaut d'avoir pu récupérer les interventions des deux premiers intervenants de la matinée, nous avons fait le choix de ne diffuser que la somme des textes dont les contenus nous sont parvenus dans les délais plusieurs fois reportés.

C'est la raison pour laquelle il nous a semblé plus juste de parler de compte-rendu que d'actes ; toujours est-il que l'essentiel de la journée est ici rapporté et que nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Pour le groupe de travail*

Patrick PELEGE et Luc POMARES

CRAES-CRIPS	CADIS-CRIPS
Rhône-Alpes	Auvergne
9, quai Jean Moulin	3/5, place Louis Aragon
69001 LYON	69300 CLERMONT-FERRAND
T. 04 72 00 55 70	T. 04 73 34 12 12
F. 04 72 00 07 53	F. 04 73 34 97 65

* dont la composition se trouve en page 9

SOMMAIRE

RENCONTRE « POPULATIONS MIGRANTES ET VIH »

INTERVENTION DU
DOCTEUR SYLVAINE BOIGE FAURE
PRESIDENTE DU CRAES-CRIPS

Au nom du CRAES et du CRIPS Rhône-Alpes, je vous souhaite la bienvenue dans cette journée d'échanges sur le thème « populations migrantes et VIH ».

Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs :

- Patrick PELEGE, coordinateur du CRIPS Rhône-Alpes ;
- Son coéquipier Luc POMARES, Directeur du CADIS-CRIPS Auvergne
- Et le groupe de travail qui les a aidés dans cette tâche.

Merci au Professeur LUCHT, Doyen de la Faculté de Médecine de Saint Etienne et responsable des maladies infectieuses au CHU de Saint Etienne qui nous a permis de délocaliser ce type de rencontre que l'on organise parfois trop souvent dans la métropole lyonnaise.

Je laisserai le soin à P. PELEGE de nous parler des partenariats techniques et financiers qui ont facilité cette manifestation ainsi que de l'organisation pratique et le genèse de cette journée.

Je voudrais cependant vous dire quelques mots sur le CRIPS Rhône-Alpes et le CRAES au sein duquel il fonctionne, ainsi que sur le thème de cette journée particulièrement intéressant.

LE CRIPS

Il est né il y a 2 ans et demi et représente le fruit d'une réflexion partenariale des principaux responsables de la Région en matière de SIDA. Après plusieurs mois d'échanges entre les différents partenaires concernés, il a été décidé de l'inscrire au sein d'une association à rayonnement régional qui œuvre pour la prévention de façon générale. C'est ainsi que le CRAES s'est vu confié, par la DRASS, en 1997 la mission de mettre en place cette structure.

LE CRAES

Il est chargé de promouvoir, sur le territoire de la Région Rhône-Alpes, l'éducation pour la santé au sein d'un réseau dont l'échelon national est le CFES, et l'échelon départemental est représenté par les ADES (Association Départementale d'Education pour la Santé).

Je salue au passage le directeur du CODES (COmité Départemental d'Education pour la Santé) de la Loire : Mohamed BOUSSOUAR, dont la compétence et le dévouement sont bien connus.

ACTIVITES DU CRAES

- Un service documentaire : le DOCRES
- Un programme d'action (santé des jeunes, santé précarité, santé en milieu rural …)
- Un appui tant aux instances régionales de santé (PRS – CRS..) qu'aux acteurs de terrain (appui méthodologique, formation, rencontres …)

Le CRAES est situé aujourd'hui au 9 quai Jean Moulin à LYON, à côté de l'Opéra, au sein de l'Espace Régional de de Santé Publique. Cet immeuble de l'OPAC du Rhône abrite en effet sur deux étages 4 associations de Santé Publique à caractère régional : le CRAES-CRIPS, l'ORS (Observatoire Régional de la Santé), la SRSP (Société Régionale de Santé Publique) et le CNDT (Centre de prévention des toxicomanies).

LE CRIPS RHÔNE ALPES

Le dernier né en France. Si dans notre région, il y a 3 ans, on notait bien une attente et des besoins, il fallait tenir compte en même temps d'une relative autonomie des acteurs oeuvrant dans le domaine du SIDA.
C'est avec le Docteur Geneviève RETORNAZ que nous avons alors mis en place ce service que l'on peut définir comme :

- Un centre documentaire à la disposition de tous les acteurs et sur les différents domaines qui touchent au SIDA (prévention – soins – accompagnement)
- Lieu ressource (formation –méthodologie …)
- Carrefour – animation d'un réseau – rencontres (comme aujourd'hui)

Equipe actuelle :

Patrick PELEGE – Sociologue coordinateur à mi-temps
Isabelle JACOB – Documentaliste à mi temps
Christophe HERBSTER – Documentaliste à mi temps

Je souhaiterais souligner l'interrelation forte CRAES-CRIPS. En effet, l'approche thématique restrictive et très spécialisée en santé publique n'a plus vraiment court.
On parle d'avantage d'approche globale de la santé de même que « Accueil et écoute » viennent compléter « éducation et information ».

Sur le thème de la journée : « populations migrantes et VIH"

Tout d'abord c'est une journée qui peut s'articuler avec le Plan Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention (PRAPS) dans lequel le CRAES et donc le CRIPS sont très impliqués.

Je pense qu'il est intéressant de réfléchir à la note d'orientation 2000 pour la lutte contre le VIH de la Direction Générale de la Santé qui est particulièrement intéressante.

De ce document je retiendrai quelques éléments forts comme :

Des indicateurs et paramètres importants sur l'épidémie :

- Une propagation de la pandémie et de fortes inégalités au niveau mondial ;
- Un nombre de nouvelles contaminations stable en France ;
- Augmentation du mode de contamination hétérosexuelle ;
- Plus grande indifférence de la population ;
- Lassitude des acteurs ;
- Passage du SIDA à la chronicité et augmentation de durée de vie et des souffrances des malades ;
- Inégalités et vulnérabilités des populations en difficultés, entre autres les populations migrantes.

Des recommandations :

- Priorité aux populations précaires ;
- Approche globale de la santé et santé communautaire ;
- Solidarité en direction des personnes atteintes.

Mais ce que je rajouterais volontiers, en toile de fond, c'est **la nécessité de questionnements éthiques sur notre travail**, et en particulier sur :

- Nos représentations ;
- La préservation de « l'intime » et le respect de la confidentialité ;
- Les risques de stigmatisation ;
- Notre regard et celui de la société sur la maladie et les malades, etc …

Pour terminer cette introduction, je dirai que le SIDA a permis une véritable révolution culturelle dans le dialogue soignant-malade et dans nos méthodes de prévention.
Ce type de rencontre devrait permettre de poursuivre cette réflexion et cette évolution de nos pratiques, au delà même du thème traité spécifiquement ce jour.

Le SIDA continue à nous faire avancer. Une façon de positiver par rapport à cette maladie qui s'avère en fait difficile à maîtriser.

INTRODUCTION
de Patrick PELEGE
Coordinateur du CRIPS Rhône Alpes

Bonjour à chacune et chacun,

C'est avec évidemment beaucoup de plaisir mais aussi de gêne que je vous accueille en tant que coordinateur du CRIPS Rhône-Alpes à cette journée. De plaisir car votre adhésion et votre venue à cette journée prouvent que la question soulevée aujourd'hui rencontre une préoccupation effective, qu'elle témoigne d'une solidarité importante et d'un souci de prendre en considération l'autre dans sa différence, dans sa multiculturalité et c'est bien dans ce sens là que le CRIPS est engagé depuis ces derniers mois.

De la gêne dans la mesure où vous avez répondu de manière très massive à cette journée d'étude et du coup les conditions d'accueil ne sont peut être pas tout à fait à la hauteur de vos attentes et je vous demande au nom du groupe de travail qui a mis en œuvre cette journée de bien vouloir nous en excuser.
Je voudrai rappeler en quelques mots la genèse de cette journée qui avait démarré l'an passé sur l'initiative de Geneviève Retornaz à laquelle j'ai succédé en septembre 1999.

La CRAM ET L'URCAM avaient en septembre 1999 répondu favorablement à un financement de cette journée, et depuis nous avons eu un accord de financement - oral - de la part du FAS Rhône-Alpes -Auvergne.
Avec Luc Pomarès rencontré lors d'une rencontre des directeurs des CRIPS à Paris, nous avons très vite souhaité articuler nos compétences et nos préoccupations en mettant rapidement un groupe de travail d'acteurs de terrain qui ont depuis plusieurs années, avec leurs singularités et leurs lieux d'exercice différents participé à la prévention du VIH en milieux migrants. Mais ils ont également permis à des personnes étrangères atteintes et à leurs familles de sauvegarder le minimum de dignité et d'estime de soi nécessaires à être considéré à part entière comme des sujets de droit.

Parallèlement, nous avons pris dans le cadre de nos nouvelles fonctions contact avec l'association départementale de lutte contre le sida, Actis, qui a reçu notre projet d'étude avec grand enthousiasme, notamment de la part de son président Michel Colls et de son directeur Stéphane Diedrich qui ont été présents tout au long de la mise en place de cette journée d'études, notamment dans les contacts

avec le Professeur Lucht, qui a donné son accord de principe pour nous accueillir ici sans aucune réserve.
Le groupe de travail s'est constitué à partir à partir d'octobre 1999 avec les personnes ressources suivantes, toutes chargées de l'animation des ateliers de cet après-midi :

Omar Hallouche qui travaille pour l'association ALS à Lyon ; Jalil Lemseffer qui travaille à la fois pour l'ODTI (Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés) et Sida Info Service dans l'Isère ; leurs actions sont anciennes en prévention sida en milieu nord-africain . François Tichit, qui est coordinateur de La CLISMA en Haute Loire et volontaire à Actis ,a l'avantage de connaître plusieurs milieux culturels bien différents ; se sont joints très rapidement Albertine Pabingui, présidente de AISFAS et actrice sur le terrain de la prévention en milieu sub-saharien depuis longtemps, ainsi qu'Abdel Razak Touré , étudiant à Lyon 2 qui a fait un stage au CRIPS et travaille sur les représentations sociales du sida en Afrique Noire.

Enfin et je terminerai par elles, je tiens à remercier tout particulièrement Isabelle Jacob, documentaliste chez nous, Anne Moneger, documentaliste au Cadis-Crips qui ont su travailler en bonne intelligence et complémentarité et surtout Pascale Manicacci, dont l'efficacité et la créativité ont été fort appréciables et ont facilité grandement l'organisation de cette journée.

Voilà, je me tais, je passe la parole à Luc Pomarès qui va vous présenter les contenus de cette journée et je vous retrouverai après les ateliers pour conclure et mettre en perspective nos échanges que je vous souhaite dynamiques, respectueux et porteurs d'innovations dans les pratiques.

INTRODUCTION
de Luc POMARES,
Directeur du CADIS-CRIPS AUVERGNE

A mon tour de vous souhaiter la bienvenue à cette journée d'étude.

Pour présenter cette journée, je voudrais expliquer pourquoi ce choix de traiter de manière spécifique le thème "*populations migrantes et VIH*".

Mais d'abord, je préciserais ce que nous entendons par population migrante.

Si la notion d'étranger est fondée sur le critère de nationalité (est étrangère toute personne qui n'a pas la nationalité française). La notion de migrant au sens où nous l'entendons est liée à une caractéristique invariable : le lieu de naissance.

Aussi le migrant (nous parlerons aussi d'immigré) est une personne née étrangère, dans un pays étranger mais qui vit en France.
Il peut soit devenir français, soit rester étranger. Ainsi lorsque nous parlerons des migrants, nous aurons à l'esprit ces générations d'Hommes, dont le projet migratoire était économique, centré sur le travail, appelé à contribuer à l'expansion économique des 30 glorieuses. A partir de 1974, les mesures de restriction suspendent l'immigration des travailleurs permanents (sauf s'ils sont originaires de la CEE), ralentissent les flux et confèrent au regroupement familial une place prépondérante, d'où une féminisation importante des migrants depuis 25 ans.

Alors se pose la question :

Pourquoi envisager une approche spécifique de la prévention ou de l'accompagnement en milieu migrant ?

Pour deux raisons principales :

1) La première est culturelle. Le fait que la culture détermine les comportements et les représentations, nous ne pouvons ignorer que la question de la prévention SIDA nécessite une prise en compte de ces références culturelles qui conditionneront le rapport au corps, à la maladie, au traitement...

2) La deuxième est liée aux situations de communication. La prévention, l'accompagnement et la prise en charge nécessitent une prise en compte des situations ou les personnes migrantes non francophones devront s'exprimer ou être informées.

Voilà ce qu'il en est des raisons qui nous conduisent à envisager une approche spécifique.

Ensuite, nouvelle question, **pourquoi se centrer sur le VIH et le thème de la prévention SIDA ?**

Vous comprendrez que notre travail n'a pas pour objet de stigmatiser la population migrante. Par contre, nous devons nous adapter à la réalité, celle qui nous enseigne que la prévention "classique" diffusée par les canaux médiatiques a peu ou pas d'impact sur ce public, et nous verrons ensemble ce matin que les migrants constituent des groupes particulièrement vulnérables face à l'infection à VIH.

Après cette présentation, je voudrais vous présenter les objectifs et le contenu de cette journée d'étude.

1er Objectif :

<u>Diffuser l'information en matière de vulnérabilité des migrants face à l'infection à VIH</u>.

Ce sera l'objet de l'intervention du **Docteur Kamel SANAHDJI** *directeur du laboratoire des maladies infectieuses à la faculté de médecine de Lyon.*

2ème Objectif :

<u>Aborder la question de la sexualité dans la culture musulmane.</u>

Monsieur Salah TRABELSI, *maître de conférence en civilisation du monde arabe à Lyon II*, traitera de cette question.

3ème Objectif :

<u>Aborder la question des cultures sub-sahariennes, des religions et de la sexualité.</u>

Monsieur Damien RWEGERA, *anthropologue africaniste*, introduira cette question.

Enfin, nous avions un quatrième objectif, c'est de vouloir traiter des questions qu'on se pose sur ce terrain en matière de prévention SIDA en direction des migrants.

C'est l'objectif des ateliers de l'après-midi qui feront l'objet d'un rapport en pleinière, suivi d'une synthèse :

1- Accès aux droits et aux dispositifs de prise en charge
2- Les obstacles aux actions de prévention en milieu migrant
3- Les outils de prévention et les expériences de terrain
4- La prise en charge et l'accompagnement des personnes migrantes

Nous allons maintenant alimenter notre réflexion à travers un film : "Le truc de Konaté", de Fanta Régina NACRO*.



Film de
Fanta Régina Nacro
1998
Couleur
33 minutes

Diénéba quitte la ville où elle a passé quelques jours. Son cousin Salif lui fait ses adieu et lui donne des cadeaux pour la famille au village : des noix de cola, des pagnes et des préservatifs. Arrivée au village, Diénéba distribue les cadeaux et promet à son mari, Konaté, un beau cadeau pour la nuit… Le soir elle lui offre son cadeau : un préservatif. Furieux, Konaté ne veut rien changer à ses habitudes, mais Diénéba ne cède pas et se refuse à lui. Konaté se rend alors chez sa maîtresse, mais découvre qu'il est devenu impuissant. Il va chercher une solution auprès de ses amis, sous l'arbre à palabre, puis chez le féticheur. Ce dernier énonce le message des génies : il ne pourra retrouver sa virilité que s'il trouve l'arbre qui donne ce « fruit étrange », le préservatif. Konaté part alors à la recherche de l'arbre magique. (Texte de l'auteur)

*Contact : ATRIASCOP : 16, boulevard Jules Ferry 75011 PARIS T : 01 43 57 17 32
Fanta Regina NACRO : 10, rue des Morands 93360 NEUILLY PLAISANCE T : 01 43 00 05 81

« La situation du sida dans la population etrangere domiciliee en France »

Alexia SAVIGNON, Florence LOT, Josiane PILLONEL, Anne LAPORTE
Institut de Veille Sanitaire - Avril 1999

L'objectif de ce rapport est de décrire les éventuelles spécificités existant chez les sujets de nationalité étrangère atteints du sida, et plus particulièrement celles concernant leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques au cours du temps (sexe, âge, mode de contamination, région de domicile, catégorie socio-professionnelle, pathologies) ainsi que les accès au dépistage et leur prise en charge thérapeutique.

Les données sont celles de la surveillance du sida (déclarations obligatoires centralisées au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire) chez les adultes de nationalité étrangère domiciliés en France et diagnostiqués entre 1978 et le 30 Jouin 1998. Les différentes nationalités sont regroupées selon 8 zones géographiques : l'Afrique du nord, l'Afrique sub-saharienne, Haïti, le reste du continent américain, l'Asie, l'Europe (hors France), l'Océanie et l'ex-URSS.

Au 30 juin 1998, 14% des cas de sida déclarés depuis le début de l'épidémie concernent des sujets de nationalité étrangère domiciliés en France (6 571/ 46 973), proportion en augmentation depuis juin 1996. Parmi les étrangers atteints de Sida, 2068 sujets ont pour « nationalité » l'Afrique sub-saharienne, 1534 l'Afrique du Nord, 1298 l'Europe, 809 Haïti, 559 le continent américain (hors Haïti), 278 l'Asie, 11 l'Océanie et l'ex-union Soviétique.

Les sujets de nationalité étrangère vivant en France sont globalement 2 fois plus touchés que les sujets de nationalité française, mais le poids de l'épidémie varie beaucoup selon les nationalités.

Les femmes étrangères, toutes nationalités confondues, sont 3,5 fois plus touchées que les femmes françaises.

Le mode de contamination des sujets de « nationalité » nord-africaine est surtout lié à l'usage de drogues par voies intraveineuse (45% des cas cumulés depuis le début de l'épidémie), mais la proportion de cas dûs à ce mode de contamination tend à diminuer au cours du temps. Chez les sujets d'Afrique sub-

saharienne et haïtiens, la transmission hétérosexuelle est majoritaire (respectivement 89% et 92% des cas non cumulés).
Les étrangers atteints de Sida sont de façon plus fréquente que les français sans emploi (35% versus 20%) ou ouvriers (22% versus 13%). A l'opposé, les proportions d'artisans, de cadres, de professions intermédiaires et d'employés sont moindre chez les étrangers.

Parmi les sujets diagnostiqués en 1997, 56% des étrangers ne connaissent pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du sida contre 38% des sujets de nationalité française. Parmi ceux connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic du sida, on constate aussi une différence quant à la prise d'un traitements antirétroviral : 65% des étrangers versus 53% des français n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida.

Même si l'analyse ne concerne que les sujets étrangers et non l'ensemble de la population immigrée, et si les données sont celles du sida et non de l'infection à VIH, ce rapport permet de mettre en évidence des caractéristiques particulières pour les étrangers atteints de sida, et notamment leur moindre recours à un dépistage et à une prise en charge de la séropositivité. Néanmoins, la prise en charge de l'infection au stade du sida semble similaire à celle des sujets français.

Disponible sur le site de l'Institut de Veille Sanitaire
www.rnsp-sante.fr

INTERVENTION
de Damien RWEGERA

L'exposé ici présenté va, dans un premier temps présenter globalement la manière dont Damien Rwegera a structuré son exposé ; A partir d'un schéma synoptique* sur deux types de sociétés, les sociétés traditionnelles dites de précarité et celles contemporaines dites de sécurité, il envisage les points forts de structure réelle et symbolique qui viennent organiser la réalité des corps et leurs représentations. Dans un deuxième temps, nous reprendrons l'ensemble des items présentés pour les commenter de manière plus approfondie.

Nous allons maintenant reprendre la plupart de ces points en insistant sur le fait que les sociétés d'Afrique Noire sont actuellement en évolution importante, notamment leur urbanisation qui participe à leur évolution, et que la scolarisation des élites en Europe ou en Occident est également un des facteurs d'évolution. Toujours est il qu'il est utile de préciser les points suivants :

Les objectifs, et donc toute la symbolique de la société de précarité sont fondés sur la survie, sur une représentation de l'existence « 'au jour le jour », où le rapport au temps est plus lié au présent qu'au futur, que l'existence prend sens dans la mesure où la famille, la lignée, le clan se reproduisent. Nous sommes ici dans une logique de transmission pour laquelle l'ordre et les places entre les sexes et les générations, mais aussi entre les vivants et les morts correspond à un ordre du monde.

Les moyens et les valeurs qui en découlent se fondent sur l'importance du quotidien, de la nourriture, mais aussi de la préservation les relations avec les proches ; il s'agit d'abord de nourrir les siens. Les adultes doivent s'occuper des enfants et des vieux, les aînés des puînés, et les hommes protègent les femmes, les enfants et les grands parents. Les malades sont pris en charge par le monde familial. Tout se partage entre les membres de la famille dite élargie.

Cet article a été effectué à partir de notes établies par Albertine Pabingui, anthropologue, Abdel Razak Touré, étudiant en ethnologie et Patrick Pelège, sociologue, à défaut d'avoir récupéré l'intervention complète.

* présenté ci contre

SOCIETE DE PRECARITE	SOCIETE DE SECURITE
Objectifs :	
- La survie	- Hausse du niveau de vie
Moyens	
- Manger	- Sécurité
- Se reproduire	- Amélioration
Logique :	
- Conservatoire :	- Evolution, initiative ;
- Tu feras comme ton père »	- Prise de risques, progrès
	- Tu feras mieux que ton père
Vision :	
- Synthétique	- Problématique
Religion :	
- Animiste	- Judéo chrétienne
- Culte des ancêtres	- Monothéiste
- Fonction cathartique	
et thérapeutique	- Entre l'alpha et l'oméga (un début et une fin à l'existence.)
Sexualité :	
- Contrôlée, organisée	- Libre, privée, individuelle
- Compétitive, à choix multiples	
Organisation :	
- Hiérarchique	- Etatique et individuelle
Valeur :	
- Solidarité	- Fonctionnalité
- Relations	- Individualisme
- Liberté	
Evolution :	
- Lente	- Rapide
Culture :	
- Orale	- Ecrite

L'un des objectifs premiers de la sexualité dans ces sociétés de précarité est de se reproduire . Les enfants sont considérés comme une richesse dont on ne peut se priver. L'enfant constitue pour ces peuples leur « assurance vieillesse ». La femme en tant que mère est d'abord une pourvoyeuse de vies ; c'est elle qui permet à la communauté d'exister et de se renouveler. Elle ne peut s'épanouir qu'à travers la maternité et ainsi répudier les femmes stériles. Avoir des enfants devient donc pour la femme un destin personnel : pour être respectée aussi bien par sa famille que par sa belle famille, elle doit faire des enfants. Les rôles masculins et féminins sont pré-définis, séparés et les enfants, en fonction de leur place sexuée dans la fratrie, se voient attribuer tel ou tel rôle. Par exemple, le frère aîné est l'héritier, la cadette doit faire tels types d'alliances, etc.. L'éducation des plus jeunes est sous la responsabilité de la famille élargie, du groupe familial, et non pas des seuls géniteurs.

Les représentations et la sexualité renvoient à une vison « naturaliste » du corps. La sexualité est un don ou un acquis lié à Dieu, au destin, à la nature. Il n'est donc pas question d'aller « contre nature » ; les fluides corporels, et sexuels en particulier doivent circuler « naturellement » ; toute forme de contraception qui viendrait à l'encontre de ces fluides est proscrite. Seule la contraception « naturelle » est autorisée. La fécondité est naturelle et la sexualité n'est acceptée socialement parlant qu'en fonction de sa fonction de reproduction ; sont ainsi répudiées certaines femmes stériles. La représentation de la semence masculine incline (quand elle n'est pas associée au lait maternel) à faire penser que l'homme a des « besoins naturels » que les femmes n'auraient pas. Dans ces familles, les rapports au féminin sont de fait des rapports de domination par le masculin .

La « maison des femmes » élève les enfants de manière indistincte jusqu'à la puberté, et les garçons font alors l'objet de considérations du côté des hommes adultes (frères, pères, oncles et cousins, mais aussi chez les grands-mères qui sont les responsables de la fécondité du futur homme) . Dans la famille traditionnelle, les plus jeunes sont élevés par les adultes de la communauté ou du groupe familial et les rôles éducatifs sont assignés très tôt ; par exemple, les grands-mères paternelles sont dans les cultures méditerranéennes ou africaines influentes ou décisionnaires dans le choix des alliances ; les oncles maternels ont souvent plus d'autorités que les pères géniteurs, et il n'est pas rare qu'une « maman » africaine soit ainsi nommée par ses neveux ou nièces. Enfin, dans la société traditionnelle ou de précarité, les valeurs s'articulent dans le domaine corporel et

---

Les notes qui suivent sont extraites d'un article de P.Pelège « de la dimension sociale à l'intime, paru dans "*Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie »,* direction des collèges et des lycées, ministère de l'Education Nationale, septembre 2000.

Pierre Bourdieu : *La Domination Masculine »,* Paris, Seuil, 1998/

Pour exemple, voir le film, « *Halfaouine, l'enfant des terrasses »* ou les livres de Tahar Ben Jelloun.

de la sexualité principalement autour de trois dimensions : la pudeur, la honte et l'honneur. D'où les attitudes parfois virulentes de rejet et d'expulsion de certaines liaisons sexuelles ou de certaines maladies, nommées longtemps « honteuses » en Occident aussi.

La logique symbolique des sociétés de précarité est sous tendue par la question de la transmission entre les générations et de l'importance accordée à l'obéissance entre les générations, puisque l'ordre du monde n'est pas celui des hommes, mais celui des dieux et des puissances organisatrices du vivant ; d'où un rapport au culte des morts et à celui des ancêtres important dans le registre des croyances. La transmission entre les sexes des normes, des codes et des valeurs est essentielle ; les valeurs morales notamment sont supérieures aux valeurs individuelles. Le monde est un cosmos où chaque personne, chaque élément végétal ou animal a une place et une fonction, et certains objets également. D'où l'importance des rites et des rituels (fêtes, place des cadeaux, logiques des dons et des contres dons, cérémonies liées aux baptêmes, aux mariages et cérémonies funéraires

La religion, est fondée sur le culte des ancêtres et sur une logique animiste, et les sorciers (jeteurs de sorts) et les guérisseurs (ôteurs des sorts) ont une place très essentielle dans la société de précarité ; les pays d'Afrique noire sont connus également pour leurs cultes religieux qui composent à la fois avec éléments issus du paganisme, de l'animisme mais aussi des deux grands courants religieux, le christianisme et l'islam qui viennent organiser la vie culturelle et sociale des tribus ou des différentes ethnies.

Le système de valeurs est fondée sur ce qu'Emile Durkheim appelait la solidarité mécanique: ces ensembles sociaux se structurent dans une forme de lien social habituellement dénommé communautaire. Au sein de ces groupes, la cohésion sociale semble maximale, tant du point de vue des pratiques de solidarité, que du point de vue des représentations collectives. La conscience collective couvre en effet les consciences individuelles, et assure une forte cohésion interne au groupe, ainsi qu'une attitude de rejet face à tout élément extérieur ou groupe l'organisation sociale est avant tout hiérarchique et celles et ceux qui n'obéissent pas aux règles traditionnelles et établies, ou qui ne se conforment pas aux normes établies risquent le déshéritage et le rejet. Les règles d'échanges sont fondées sur le troc et le principe du don et du contre-don ; l'économie est de précarité mais il y a partage avec ceux qui ont le moins, elle n'est pas fondée sur les logiques d'argent mais de services ou d'objets.

Emile Durkheim, « *de la division du travail social* »Paris, Puf, édition de 1978.

SIDA ET SOCIETE DE PRECARITE

Le sida se transmet puisque les rapports sexuels sont la production et la résultante de rapports sociaux, fondées sur l'échange et la transmission. Les rapports sexuels sont codifiés et contrôlés. Quiconque a le sida est vécu comme ayant transgressé les normes sociales, il est alors vécu(e) comme individu dangereux et doit être mis à l'écart, puisque le sida est mortel.

C'est ce qui explique les conduites des personnes atteintes et qui le savent de ne pas le dire ou d'avoir très peur de le dire aux proches, ce qui entraîne des effets d'isolement, de repli sur soi mais aussi des rapports non protégés puisque la plus grande protection vient de la relation aux autres. On peut dire que le sida est un révélateur social puisque les pratiques sexuelles rendent visibles et opérationnelles toutes les structures de la société de précarité.

Le passage de la société de précarité à une société plus importante de sécurité, à travers son emblème le préservatif(objet de sécurité) s'accompagne de moments difficiles sur le plan social, normatif et symbolique. A titre d'exemple, il faut noter que les orphelinats qui émergent un peu partout en Afrique à cause de l'épidémie font apparaître cette mutation, puisqu'il y a eu d'autres épidémies et d'autres morts infantiles, mais les sociétés de précarité n'ont jamais mis en place des structures pour enfants en place.

Le dernier élément fondamental est celui du temps ; rappelons-nous que les missionnaires ont évangélisé certaines tribus ou ethnies car ils se sont inscrits dans le temps africain..

Les actions de prévention supposent non pas comme en France de faire des plans et des programmes, mais de tenir compte de cette dimension fondamentale du temps, du temps de vivre, du temps de l'autre, d'un temps d'altérité et non pas de précipitation..

ATELIER N° 1

« Accès aux droits et au dispositif de prise en charge sanitaire et social pour migrants en situation régulière et irrégulière »

Animation : **Luc POMARES** CADIS-CRIPS Auvergne

Intervenants : **Nadine CHOPIN**, CDHS Mission Approche Sociale Sida
Jean COSTIL, CIMADE
Nicole COURAILLAT, SSAE (Service Social Aide aux Etrangers)
Nathalie DELORME, HOTEL-DIEU de Lyon

Nombre de participants : **32**

Le contexte légal :

Le premier constat en matière de législation repose sur la complexité du cadre juridique, du fait des évolutions récentes de la législation des étrangers et de la législation sociale.

En matière de droit d'entrée et de séjour , la loi Chevènement de 1998, si elle n'a pas abrogé les lois PASQUA-DEBRE, a apporté des modifications sur les points suivants :

- **En matière d'entrée sur le territoire** :

- La motivation de certains refus de visa
- La suppression des certificats d'hébergement
- La déclaration d'entrée sur le territoire français
- L'allégement des formalités aux frontières

- **En matière de titre de Séjour** :

- La loi modifie le régime des cartes de séjour temporaires et des cartes de résidents.
- Deux nouvelles mentions portées sur la carte de séjour sont crées. Il s'agit des mentions : "**Scientifiques" et "Professions Artistiques et culturelles"**

- La loi supprime la mention "Membre de famille" et crée une nouvelle mention, "**Vie privée et familiale**", qui concerne l'ensemble des bénéficiaires de plein droit de la carte de séjour temporaire, en élargissant le droit d'exercer une activité professionnelle.

- La loi met en place un nouveau titre de séjour, la carte de séjour "**retraité**", au profit des retraités étrangers qui ne résident plus en France, pour garantir une libre circulation entre la France et leur pays d'origine.

- La loi rétablit la commission du titre de séjour, chargé de donner un avis sur les refus de renouvellement ou de délivrance.

Enfin, le regroupement familial est assoupli, en ce qui concerne les bénéficiaires, les motifs de refus ou l'interdiction du regroupement partiel.

Les étrangers malades, protégés contre les arrêtés de reconduite à la frontière et partiellement contre l'interdiction du territoire peuvent obtenir un titre de séjour dans des conditions fixées par la loi :

- Etat de santé du demandeur
- Résidence habituelle en France
- Impossibilité de suivre effectivement un traitement approprié dans le pays d'origine
- Durée prévisible au mandatement.

Lorsque la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, l'intéressé pourra obtenir une autorisation provisoire de séjour d'une durée maximum de 6 mois lui permettant de suivre un traitement médical dans des conditions décentes.

Le titre de séjour doit être renouvelé sans procédure particulière, dès lors que la pathologie dont souffre l'intéressé, nécessite un traitement de longue durée.

- **<u>En matière de législation sociale</u>** :

La création de la CMU (**Couverture Maladie Universelle)** garantit à toute personne, quelque soit la situation, une prise en charge de ses soins par un régime obligatoire d'assurance maladie. En outre, elle affirme le droit à une couverture complémentaire gratuite et à la dispense d'avance de frais pour les publics à faibles revenus.

Depuis la mise en place de la CMU (loi Aubry de juillet 1999), l'accès aux soins s'est considérablement amélioré grâce surtout à la réduction du délai d'instruction.

Ainsi aujourd'hui, seuls deux circuits de prise en charge ont cours :

- <u>l'Aide médicale Etat</u> qui concerne toute personne en situation irrégulière qui n'a pas encore fait une demande de titre de séjour. Elle se demande auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, des CCAS, des services sanitaires et sociaux du département de résidence, ainsi que dans les établissements de santé (par l'intermédiaire des PASS).

  Il faut compter entre un et deux mois pour la réponse (contre 6 mois à un an autrefois). L'aide médicale est accordée pour un an renouvelable.

  Il est demandé la photocopie du passeport (visa + identité), une attestation de domiciliation et de toute attestation de ressource, si ressource il y a, l'identité des ayant-droits résidant habituellement avec lui ainsi que leur lien de parenté.

- <u>La CMU complémentaire</u> qui concerne toute personne en situation régulière se demande auprès de la CPAM du domicile. Il faut compter entre 15 jours et un mois pour la réponse.

  Il est demandé, la carte d'identité française ou le titre de séjour ou la carte de résident ou l'autorisation provisoire de séjour ou le récépissé de demande de titre de réfugié politique ou encore, l'attestation de rendez-vous à la préfecture pour une demande de titre de séjour réfugié politique, une attestation de domiciliation, le livret de famille et toute attestation de ressource, si il y a.

  Pour les personnes ne dépassant pas 3500 F/mois, la CMU plus la CMU complémentaire sont attribuées de plein droit.

  Pour les autres, pas de possibilité de CMU complémentaire et l'obligation de payer une cotisation égale à 8% du dépassement, pour la CMU de base.

- <u>La CMU de base</u>, est délivrée pour 4 ans à condition d'un titre de séjour valable. La CMU complémentaire est délivrée pour 1 an renouvelable tant que les ressources ne dépassent pas le plafond.

  La prise d'effet est immédiate (pas de délai de carence) et contrairement aux mutuelles hors CMU, il n'y a pas non plus de délai d'hospitalisation.

  Elle accorde 2600 F tous les 2 ans pour une prothèse dentaire et 300 F par verre et une monture, soit 900 F.

Petite précision :

Le plafond de 3500 F concerne un foyer d'une personne. Pour deux, il est environ de 5600 F et pour quatre de 7000 F.
Toutes les ressources comptent en dehors de la pension alimentaire et de l'Allocation de Soutien Familial ou l'API (Allocation Parent Isolé) sachant qu'un barème a été mis en place (500 F environ pour une Allocation Logement).

- **En matière de prise en charge du soin HIV** :

Le service social de l'Hôtel-Dieu de Lyon a enregistré 32 demandes entre juillet 1998 et mars 2000. Sur ces 32 demandes, 27 concernent des ressortissants des pays d'Afrique Sub-Saharienne (8 femmes et 12 hommes), essentiellement des pays de l'Afrique de l'Ouest. 1 de l'Afrique du Nord (Tunisie), 1 d'Asie (Corée du Sud), 1 des Comores et 2 d'Europe du sud (Espagne et Portugal).
Sur les 27 ressortissants des pays d'Afrique Sub-Saharienne, 7 sont étudiants de plus de 28 ans (2 femmes et 5 hommes).

Entre le 1er Juillet 1998 et le 31 décembre 1999, sur les 32 demandes de prises en charge des soins HIV, 23 ont été instruites dans le cadre de l'AME (Aide Médicale Etat), 2 auprès des Caisses Primaire d'Assurance Maladie (assurance personnelle + ALD) et 7 auprès d'assurances privées.
Sur les 23 demandes AME, il n'y a eu aucun refus.

Il est à noter que, pour les étudiants de plus de 28 ans, dans l'obligation de s'assurer auprès d'organismes privés, la législation ne leur permet pas d'obtenir une prise en charge sécurité sociale ou aide médicale état, La prise en charge du soin HIV relevait du parcours du combattant (certaines assurances refusant la prise en charge du HIV, d'autres ne l'accordant qu'à hauteur de 20 000 F !).
Sans les associations de lutte contre le Sida, ces étudiants n'auraient pû prétendre aux soins dans les meilleurs conditions possibles.

Depuis la loi AUBRY, sur les 23 demandes d'AME, 5 sont passées en CMU plus complémentaire et sur les 7 demandes auprès d'organismes privés, 7 sont passées en CMU plus complémentaire. Quant aux 2 européens, ils ont eux aussi obtenus leur prise en charge CMU plus complémentaire.

ECHANGES ET DEBATS :

Suite aux présentations des intervenants, des participants font part de situations rencontrées sur le terrain qui illustrent les difficultés d'accès aux droits et aux soins pour les étrangers.

Parmi les points abordés, les intervenants sociaux expriment les difficultés rencontrées pour se repérer dans une législation toujours plus complexe. Cette complexité est en soi un obstacle à l'accès aux droits. Le recours au *Conseil* juridique*, souvent grâce aux associations de défense des droits des immigrés est nécessaire pour garantir une qualité de l'information et de l'orientation.

Chacun déplore l'impossibilité effective pour une personne étrangère non accompagnée d'un technicien ou d'un conseil juridique d'accéder à ses droits. Dans ce cas, la multitude d'informations erronées qui circulent conduit la personne dans une impasse administrative souvent difficile à dépasser.

Cette complexité des textes est renforcée par la diversité des dispositifs de prise en charge, avec parfois des lacunes. Par exemple, qui prend en charge financièrement les soins d'une personne primo-arrivant avec visa de moins de 3 mois ?

Concernant la prise en charge et l'accès aux soins, les difficultés de communication ne semblent que très peu prises en compte. Le recours à l'interprète est rare, ainsi les patients non-francophones se heurtent à des difficultés de compréhension très insécurisantes.

Chacun s'interroge sur la qualité d'un acte de soin à ce point déconnecté de la parole. Enfin, il est constaté une absence de prise en charge psychologique des migrants victimes de violence ou souffrant de l'exil. Or, ces éléments influent grandement sur l'état de santé des personnes.

Pour les migrants en situation irrégulière, les textes prévoient l'accès aux soins, mais rien n'est prévu en matière de prise en charge sociale. Les travailleurs sociaux sont démunis dès lors qu'il s'agit d'intervenir pour les problèmes de logement ou de revenu, voir d'urgence financière.

Un dispositif de prise en charge qui se limite aux soins en excluant les droits annexes ne peut être satisfaisant. Cette prise en charge sociale est d'autant plus

* A noter la parution du guide Migrants et VIH par Sida Info Service, édition 2000

difficile quand des personnes subissent une exclusion de leur milieu familial suite à une contamination au HIV.

Pour les associations de défense des droits des immigrés telle que la CIMADE, le fait que la loi de 1998 prévoit l'octroi d'une carte de séjour selon certaines catégories de maladie multiplie les sollicitations pour des questions liées à l'accès aux droits.

Ainsi, la santé qui était jusque-là une question annexe se voit mise au premier plan. L'exemple d'une femme sénégalaise est cité. Elle a été contaminée au VIH et soignée par une bi thérapie au Sénégal, mais son état nécessite une tri thérapie. Elle entre en France avec un visa touristique et demande un titre de séjour pour raison médicale. L'administration a rejeté cette demande et le tribunal administratif a été saisi. Le représentant de la CIMADE exprime son désaccord avec la notion de complémentarité entre les associations de défense des droits et les services sociaux. Selon lui, ceux-ci ne doivent pas limiter leur intervention à "dire le droit", mais doivent le rendre effectif en le faisant appliquer. S'en suit un échange assez vif sur l'articulation du service social et du mouvement associatif et sur les fondements du travail social. La crainte d'assister à une dérive est exprimée et illustrée par la course au financement à laquelle se livrent les opérateurs sociaux chargés du logement des immigrés. La logique de marché semble se substituer à l'action pour l'accès aux droits. Or, un des fondements du travail social est justement cette action pour rendre effective l'égalité de tous devant la loi.

En matière d'accès aux droits communs, et à propos des centres d'hébergement, un participant explique que sur une vingtaine de structures d'hébergement, une seule accepte d'héberger des personnes contaminées HIV. S'en suit un échange sur la nécessaire confidentialité en matière médicale et sur le problème déontologique soulevé par ces entorses au secret professionnel dès lors que le foyer est informé du statut sérologique d'un candidat à l'hébergement. Concernant ces difficultés, la formation des personnels est nécessaire, à la fois pour faciliter l'accueil de tous les demandeurs dans les foyers et pour garantir le respect des règles déontologiques.

ATELIER N° 2 :
« Quels sont les obstacles à des actions de prévention en milieux migrants ? »

Animation : M Omar HALLOUCHE , ALS
(Association de Lutte contre le Sida) (69)
Pharmacien et anthropologue

Intervenante : Mme Albertine PABINGUI
Anthropologue - Présidente d'AISFAS
(Association interculturelle de lutte contre le sida) (69)

Nombre
de participants: 70

ETAT DES LIEUX

La stratégie de prévention auprès des migrants s'est mise en place tardivement en France. Il a fallu, à titre d'exemple, attendre 1994 pour que les premières actions de prévention du sida s'effectuent dans les foyers d'hébergement de Lyon (ALS).
La démarche de dépistage des personnes étrangère (hors CEE) est tardive. Ils continuent à découvrir leur séropositivité au moment de l'entrée en maladie (cf. données épidémiologiques de l'Institut de Veille Sanitaire).
La méconnaissance et le déni de cette maladie « qui n'arrive qu'aux autres » sont toujours présents.
Les rumeurs persistantes continuent à circuler sur des contaminations par le manque d'hygiène, les toilettes, l'haleine, la sueur, l'alcool, le porc, les conserves. Le sang reste un grand sujet d'inquiétude et de doute.
On continue à incriminer ceux que l'on considère comme des « déviants sexuels » et tous ceux qui *« ont rompu avec l'ordre des choses »* : homosexuels, toxicomanes, prostitué(e)s.

Face à cette situation, on s'interroge :
- Pourquoi ces dénis ces rumeurs et cette méconnaissance de la maladie dans les publics migrants ?
- Quelles sont les difficultés des acteurs de santé à faire passer les messages de prévention auprès des publics migrants ?
- Quels sont les obstacles à la prévention ?

L'intervenante et l'animateur ont, en tant que chercheurs (anthropologues) et acteurs de prévention font part de leurs expériences auprès des publics d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb vivant dans l'agglomération lyonnaise.
Après avoir souligné l'extrême diversité des cultures (animistes, musulmanes, chrétiennes) et des langues africaines l'intervenante a expliqué l'importance de prendre en compte les représentations de la maladie afin d'adapter les messages et les outils en direction de ces publics.

L'idée communément répandue chez les personnes d'origine africaine au début de l'épidémie était que le sida était la «maladie des blancs » et «le syndrome imaginé pour décourager les amoureux »
L'intervenante a également insisté sur l'importance de l'oralité dans les cultures africaines et la nécessité qui en découlait de privilégier les actions de proximité faisant intervenir des personnes issues des communautés africaines. *« Chez nous, tout passe par la parole. Il faut que des liens d'amitié se tissent pour rendre possible la communication autour du sida, maladie « honteuse » liée à une sexualité « débridée ».*

L'apparence extérieure est importante dans la représentation de la maladie. *« l'amaigrissement, les boutons etc… sont des signes de la maladie. Etre en bonne santé, c'est être enrobé. Une personne bien ronde est considérée comme étant en bonne santé. Elle n'est pas susceptible de contaminer par conséquent ».*
La maladie a un sens qui est au delà du corps, des causes bio - médicales. Elle est une « punition » liée au comportement moral de la personne atteinte ou même de son entourage. Elle est le signe d'un mauvais sort, d'une vengeance envoyés par quelqu'un (par le biais d'un sorcier). Nous souscrivons parfaitement avec l'approche de John MBITI lorsqu'il dit : « *Même si le malade sait qu'il a le paludisme parce qu'un moustique porteur l'a piqué, il voudra quand-même savoir pourquoi c'est lui que le moustique a piqué et non pas un autre ?* »

DEBAT

Faut-il choisir un «expert » du groupe d'appartenance culturelle ou ethnique pour passer les messages ?
Pas forcément, selon l'animateur : « lorsqu'on est dans une attitude d'identification très forte à sa communauté, on peut être bloqué. Pour communiquer, il faut être capable de prendre de la distance vis-à-vis des

MBITI (J) : « Religions et philosophies africaines » dans CROS (M) : Anthropologie du sang en Afrique, L'Harmattan, 1990.

personnes à qui on s'adresse. Il faut, par ailleurs, être en capacité de circuler entre les normes de la culture du pays d'accueil et celles des personnes d'autres cultures. »

Un participant africain : *« Il est nécessaire de respecter les canaux de communication des personnes à qui l'on s'adresse. Il faut respecter les codes liés à l'âge, âge, au sexe, etc…* »

Pourtant cela ne suffit pas, selon une participante qui insiste sur *« La nécessité de se remettre en cause sur ce que l'on projette sur les gens avec lesquels on travaille afin d'avancer vers une meilleure communication »*.

Une autre intervenante dit que « Les femmes d'origine africaine atteintes du sida sont rejetées par leur famille et leur communauté. C'est pour cette raison qu'elles préfèrent en parler avec des blancs ».

Comment travailler avec les communautés migrantes ?

Un anthropologue africain : *« Il n'y a pas de règles concernant cette question. En 1989, il était inouï de parler de sexualité et de sida avec les africains. On parlait au début du sida avec l'image que l'on a vu sur des affiches, celles du « chapeau de chantier ». Ces affiches ont été déchirées. Les premiers contacts avec les marabouts pour les impliquer se terminaient par : « nous on ne dira rien aux jeunes ». Pourtant, quelque temps après, ils envoyaient les jeunes vers notre association. Il faut beaucoup de temps avant d'arriver à discuter du sida. Depuis quelques années, les représentations sur le sida ont changé, on sait que c'est en Afrique que l'on trouve le plus le sida ! Aujourd'hui le pari c'est d'emmener des initiés d'Afrique pour les faire travailler avec des équipes médicales pour améliorer la prise en charge des africains.*

Problème du financement des projets (AISFAS) :

« Pour emmener les gens vers les centres de dépistage, il faut de l'action de proximité, pour cela il faut des lieux conviviaux, des structures, mais les financeurs ne nous aident pas. Les obstacles sont là ».

Expérience de l'ALS : « Aujourd'hui les dispositifs de proximité sont rares. Il faut en créer. Au début, les relais étaient peu nombreux. Ainsi, dans les CIDAG (Centres d'Informations et de Dépistage Anonyme et Gratuit), lorsque l'on recevait des maghrébins à qui il fallait annoncer une séropositivité, les acteurs étaient désemparés. On a appris à travailler ensemble de manière pragmatique autour des questions de prévention primaire mais aussi de prise en charge de personnes séropositives ou malades. On peut de cette façon emmener les institutions à s'intéresser à notre travail et à nous financer !».

-La religion est-elle un obstacle à la prévention ?

Une participante : « Les tabous religieux, les interdits sont des obstacles. Comment aborder cette question sans heurter les gens de culture musulmane »?
Une intervenante : « L'Islam n'est pas un obstacle à la prévention du sida. Il n'y a pas de honte à parler de prévention et de maladie dans notre religion. Pour aborder la question du sida, il faut passer par la rencontre, l'écoute, parfois aussi par le règlement de problèmes sociaux ou administratifs. Il faut du temps ! »
Animateur : « Il ne faut pas parler de religion dans nos interventions. L'Islam n'est pas un obstacle en soi, pas plus que les autres religions. C'est l'interprétation qu'on en fait qui peut être un obstacle si on réduit la religion à une somme de rituels vides de sens. Il existe des «espaces de négociation » entre la religion sacralisée qui est un idéal difficile à atteindre et la vie avec ses arrangements. Il faut parler avec les gens de la sexualité vécue en s'appuyant sur des symboles forts en Islam tels que : « il vaut mieux prévenir que guérir ».

Le préservatif féminin :

Association Ikambéré : « Il est difficile de parler d'une maladie que l'on attrape avec n'importe quelle personne. Certaines femmes préfèrent ignorer la sérologie de leurs maris parce qu'elles ne veulent pas savoir qu'il est allé voir ailleurs ! Comment parler de préservatif à son mari dans ces conditions-là ?».
Le préservatif féminin peut-il être mieux accepté par le mari ?
Il faut que les femmes se battent pour faire accepter le préservatif féminin en cas d'échec à faire admettre le préservatif masculin. Ça peut permettre une possibilité de choix. Le préservatif féminin peut être un vecteur de communication dans les couples africains parce qu'il permet de parler de prévention.

L'intervenante : Le fait que le préservatif joue un rôle contraceptif constitue un obstacle à son utilisation, car l'enfant est considéré comme une richesse, et une femme sans enfant n'a pas de reconnaissance sociale. C'est à dire pour être respectée, aimée, une femme africaine doit faire des enfants.
Françoise HERITIER-AUGE dans un article intitulé : « Sida : le défi anthropologique » disait « Ce rapport intime entre les trois humeurs … le sang, support du souffle vital, le sperme agent mâle de la reproduction … dans bien des sociétés dites primitives … les rapports sexuels sont obligatoires pendant la grossesse parce que c'est le sperme qui soit nourrit l'embryon et lui apporte sa part constitutive de sang et de chair, soit le façonne et lui donne la forme qui est celle de l'espèce humaine ».

HERITIER-AUGER (F) : « Sida : le défi anthropologique » dans Actions et recherches sociales, Evry, 1990.

Utiliser le préservatif serait aller à la rencontre de ces traditions. Ainsi nous pouvons affirmer que certaines traditions africaines peuvent être des obstacles à la prévention du Sida.

Comment surmonter les obstacles à la prévention ?

Il n'y a pas de règles ni de recettes « prêt à porter » pour lever les obstacles.
Les changements de comportement sexuels sont extrêmement lents, ils ne sont jamais définitifs, pourtant les représentations sont en train de changer chez les migrants. On arrive de plus en plus à nommer la maladie.
Les objectifs principaux pour les années à venir sont :
- Rétablir l'égalité devant l'information des publics migrants avec les publics autochtones.
- Faire prendre en charge la prévention primaire par les communautés elles-mêmes.

PISTES DE REFLEXION :

- Mieux connaître les codes culturels des autres communautés, notamment autour des représentations du corps, de la sexualité et de la maladie.

- Nécessité pour les acteurs de santé de se décentrer par rapport à leurs propres schémas de pensée pour avancer vers une meilleure communication avec les gens avec lesquels on travaille.

- Travailler en collaboration étroite avec des « passeurs » capables de circuler entre les codes des différentes communautés.

- Aborder sans crainte la question des différences culturelles.
Les faits sont là : c'est la réalité les chiffres de contamination de la population étrangère qui est stigmatisante et non les différences qui sont constitutives de la société dans laquelle on vit.

- S'appuyer sur les convergences culturelles qui sont plus nombreuses qu'on ne le croit souvent.

- Utiliser les deux langues : celle du pays d'accueil mais aussi celle de la communauté d'appartenance.

- Lever l'obstacle des moyens :

Les institutions sanitaires sont en train de réduire les subventions. Il y a des associations qui sont utiles et qui risquent de disparaître. Il faut que les africains, les maghrébins se fédèrent autour de cette question pour se faire entendre.

- Privilégier le travail en amont, s'immerger dans le public « ciblé ».

- Pérenniser les actions en travaillant en relais avec les personnes issues de la communauté, mais aussi les acteurs dans les lieux de vie, les quartiers.

ATELIER N°3
Outils de prévention et expériences de terrain menées en milieux migrants.
Rhône Alpes Auvergne, 1995-2000

Animation : M. Jalil LEMSEFFER, SIS et ODTI (38)

Intervenants : Mme Micheline MORATILLE, CRAM,
(Caisse Régionale d'Assurance Maladie)
groupe santé migrants dans le Puy de Dôme

A/ PUY DE DOME : CPAM – CADIS – CRIPS Auvergne.

a) Historique :

- En 1992, trois formatrices du CADIS forment en Guadeloupe 75 animateurs à l'utilisation du jeu réalisé par la C.G.S.S. de Guadeloupe.

- 1992-1995 : des actions d'information sont menées auprès de publics migrants : femmes, jeunes en insertion, associations communautaires.

- 1995 :
  - Échange avec la communauté turque résidente à Berlin (Allemagne)
  - Prévention avec un groupe de « jeunes-relais » sur un quartier de Clermont-Ferrand avec une forte population étrangère. Réalisation d'un film « Sois intelligent et dis-le aux autres »
  - Échange avec les réseaux locaux, nationaux et internationaux (Aides-Alsace, CRIPS-Paris, OMS Genève, Hôpital Avicenne-Bobigny, Laboratoire d'Anthropologie Clermont, Sida Info-Service Grenoble, Ligue française de prévention des maladies infectieuses).

- Circulaire Éducation Nationale recommandant l'éducation affective et sexuelle, élèves de 4ème et 3ème des collèges. Mise en place d'une formation

---

Caisse Régionale de Sécurité Sociale – Service Éducation pour la Santé, 2A 2 Bergevin BP 486 – 97159 Pointe à Pitre. Prix du jeu en 1997 : 300 FF TTC + frais de port.

Primé au festival du film médical de Mauriac, 1995.

prenant en compte les facteurs culturels en raison d'une forte représentativité des enfants issus de l'immigration.

b) Résultat : Mise en place d'une action de santé en direction des migrants.

- 1995 :
  - Trois associations demandent au CADIS d'organiser des séances d'information sur le Sida auprès de leurs bénéficiaires. (Alliance Femmes Auvergne ; Amicale des Algériens en Europe, CLISMA 63 : accueil, interprétariat, soutien scolaire auprès des communautés étrangères).
  - CLISMA+CADIS créent un groupe référent Migrants Sida (intervenants médico-sociaux, personnes originaires d'Algérie, Espagne, Portugal, Gabon, Mali, Maroc, Zaïre, …).
  - Formation initiale du groupe pour en faire des relais de prévention (aspects médicaux, historiques, épidémiologiques, juridiques, éthiques, culturelles et anthropologiques, …).
  - Commissions pour des actions spécifiques : « Foyers Sonacotra, femmes en alphabétisation, radios locales écoutées par les immigrés.

- 1996 :
  - Constitution d'une base documentaire.
  - Contacts avec les migrants via les centres sociaux, la vie de quartier, les groupes alpha, les associations culturelles et de loisirs.
  - Naissance du groupe Migrants SANTE : accès aux soins et au dépistage du VIH, élargissement de l'information Sida à d'autres problématiques de santé publique.

- 1997-2000 :

  - Développement des actions.
  - Recherche d'outils pédagogiques adaptés ou d'outils à créer.
  - Actions de communication.

c) Méthodologie et actions menées.

- Favoriser une approche communautaire : réseaux associatifs, liens avec les travailleurs sociaux sur les quartiers à forte concentration immigrée, implication des personnes ressources à chaque étape du projet, engagement dans une approche non stigmatisante.
- Privilégier les petits groupes : favoriser l'échange dans une écoute bienveillante, tenir compte de la culture de l'autre, prendre conscience du

risque pour soi-même, pour ses proches, pour sa communauté. Devenir un messager de la prévention.

- Utiliser la langue d'origine : intervenants parlant la langue maternelle et de même pour les supports utilisés (vidéo, affiches, dépliants en provenance des pays d'origine).

Exemples d'actions :

- Milieux antillais, associations portugaises, hommes turcs, organisation Rallye Santé Femmes.
- Recherche action autour de la périnatalité : grossesse accouchement des femmes migrantes et accueil du nouveau né. Prise en compte des facteurs culturels en lien avec l'hôpital Avicennes de Bobigny.
- Dans les foyers Sonacotra depuis 1996 : Info Sida, permanences Santé, informations sur l'alimentation.
- Formation de relais : personnels médico socio éducatifs, femmes migrantes, …
- Mobilisation des femmes sur les quartiers dans le cadre de la Journée Internationale du droit des Femmes, le 8 mars.

d) Conclusion.

Points forts :

- Collaboration réelle des professionnels.
- Création d'un réseau d'acteurs formés ensemble.
- Prise en compte des représentations, des croyances, des préceptes religieux ignorés jusqu'alors.
- Mutualisation des expériences.
- Dynamique locale pour une journée autour de l'accueil des victimes de violences politiques.
- Ouverture au delà du VIH Sida à d'autres problématiques de santé publique visant l'accès aux soins et la prévention.
- Intégration d'un projet dans un Plan Régional de Santé d'Auvergne.
- Participation des relais communautaires opérationnels aujourd'hui.

Points faibles :

- Manque de disponibilité des acteurs impliqués dans la conduite des actions.
- Difficultés de coordination du groupe (travail à temps plein).
- Financement Sida remis en cause.

« Du pays d'origine à la demande d'asile » migrants et violence politique, Actes de la Journée, Oct.98, disponible, CADIS -CRIPS Auvergne.

- Manque de reconnaissance du travail des représentants des institutions, représentées dans le groupe.
- Sous représentativité des migrants dans le groupe ainsi que des médecins de ville.

B/ RHONE : ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LE SIDA, ALS PREVENTION MIGRANTS, 1994-2000

) le contexte.

Des hommes d'origine maghrébine de plus de 50 ans vivant dans les foyers Sonacotra et Aralis sont dépistés séropositifs au VIH tardivement.
Public fragilisé : la population maghrébine représente 60% des résidents des foyers Sonacotra et Aralis. Ils vivent une misère morale et sexuelle et peuvent être frappés par le chômage et l'invalidité. Ce public méconnaît le système sanitaire français. Ils éprouvent des difficultés dans l'accès au dispositif de droit commun. Ces hommes seuls peuvent avoir des relations sexuelles sans précaution.

) Inefficacité d'une prévention classique.

Les informations du « sida généraliste » ont peu d'impact sur ce public. Les connaissances sur la transmission du VIH, sont incomplètes, « parasitées » par des rumeurs et obérées par des considérations culturelles. Autrement dit, les programmes de prévention « classiques » ne prennent pas en compte les représentations, les croyances et les préceptes religieux de la culture maghrébine, arabo-berbèro-musulmane.
Comment informer ?
il faut donc :
- Prendre en compte ces croyances sans les figer.
- Adapter langage et outils de communication (arabe dialectal maghrébin/français en alternance) .
- Rester simple, direct et précis au niveau des messages de prévention.

) Protocole d'intervention

- Les sites d'hébergement sont retenus sur trois critères.
  - Foyers à forte concentration maghrébine.

Sonacotra : Société Nationale de Construction des Travailleurs.
Aralis : Association Rhône Alpes pour le Logement et l'Insertion Sociale, Lyon

- Population âgée de 45 ans et plus.
- Hommes mariés dans leur pays d'origine et vivant seuls en France.

- Intervention préparée :
  - Mobilisation des directeurs d'établissement et du personnel technique (affichage bilingue, …).
  - Prise de contact avec des « leaders » éventuels ou imam responsable de la salle de prière.
  - Sollicitation des intervenants médico sociaux, du CDHS (Centre Départemental d'Hygiène Social) ainsi que des CIDAG (Centre d'Information sur le Dépistage Anonyme et Gratuit).

Déroulement en deux phases sur deux heures et dans les deux langues. La prévention information Sida s'intègre à d'autres infections « connues » du public : tuberculose, MST, …

L'intervention est orale, appuyée par des supports (cassette audio en arabe dialectal, plaquettes des pays d'origine, …).

« L'évaluation directe » utilise les gommettes avec présentation des situations de vie courante, en lien avec la contamination éventuelle du VIH.

) Résultat et impact.

- Fiche d'appréciation remplie après chaque séance.
- Évaluation annuelle à partir de ces fiches.
- Amélioration du protocole d'intervention.
- Quarante premiers passages entre 1995 et 1996 suivis par quarante « piqûres de rappel » en 1997-1998.
- En quatre années, 3000 personnes informées (9/10 d'origine maghrébine, 1/10 française, subsaharienne, turque, roumaine, moyen orientale).

Certains foyers signalent l'impact et la prise de conscience des résidents vis-à-vis du Sida : les responsables de foyers envisagent l'installation de distributeurs de préservatifs.

Une enquête qualitative sur l'évolution des Connaissances, Attitudes et Pratiques, surtout le dépistage, après six années d'intervention sera effectuée par une équipe de psychologues extérieurs à l'A.L.S. durant le 2ème semestre 2000.

Outil documentaire réalisé par Migration Santé Paris « Le Sida : 16 situations pour en parler ».

) L'activité se poursuivra dans vingt autres foyers. L'action sera élargie à toutes les populations vulnérables vivant dans les foyers, surtout les jeunes.

) Intervenants :

Coordinateur du projet : Pharmacien et anthropologue avec médecin infectiologue, biologistes, assistantes sociales, … La plupart des intervenants ont une double culture : française et arabe.

) Financeurs :

Conseil Général du Rhône, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Rhône, FAS, Sidaction, Ensemble Contre le Sida, CPAM de Lyon.

) Partenaires :

Foyers Aralis, Sonacotra, Comité Départemental Hygiène et Santé (C.D.H.S.).

) Communication sur l'action.

Plusieurs articles de journaux locaux et nationaux, des émissions de radio et de télévision sont disponibles à l'A.L.S. auprès du coordonnateur de l'action.

C/ OD.T.I. (Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés) - PREVENTION SIDA – HEPATITES, AUPRES DES RESIDENTS DE FOYERS D'HEBERGEMENT ET AUTRES SITES

UNE ACTION INSCRITE DANS UN CONTEXTE

- Deux compétences différentes à mettre en synergie (un intervenant formé à la problématique de l'épidémie à VIH collabore avec un animateur socioculturel auprès des publics migrants).

  Une mobilisation de l'environnement :
  - *Institutionnelle* : D.D.A.S.S., Sida Info Service, O.D.P.S., F.A.S., SONACOTRA …
  - *Associative* : en lien avec les populations concernées,
  - *De proximité* : réseaux socio-éducatifs, médicaux et sanitaires.

Emission « Sidamag » réalisée par France 3 National, 1997.

CONNAISSANCE DES PUBLICS ET ADAPTATION DES MESSAGES DE PREVENTION

- Approche méthodologique et contacts préalables sur le site d'intervention (caractéristiques socio-économiques des populations, origine culturelle…),
- Cultures et communautés étrangères face au sida et aux hépatites virales (sexualité, mort, famille, corps, maladie, préservatif…),
- Constat épidémiologique, comportements à risque (prostitution occasionnelle et cachée dans un centre d'hébergement ou ailleurs),
- Prévention « grand public » au VIH-Hépatites, difficile d'accès au public migrant : adaptation des messages de prévention.

UNE ACTION DE PROXIMITE

- Information, sensibilisation de tous les personnels : des directeurs aux agents d'entretien et de service. Objectif : formation d'adultes relais.
- Présence préalable et régulière sur les espaces de socialisation (cafétéria, salle de prière…).
- Explications avec les référents religieux et communautaires, les relais d'opinion.
- Décloisonnement vis à vis des quartiers d'implantation…
  - *concertation avec les travailleurs sociaux et médicaux,*
  - *implication souhaitée du dispositif sanitaire et social dans l'action.*
- Inscription de l'événement dans le temps et l'espace :
  - *campagne d'information à l'intérieur du site relayée à l'extérieur (exposition, affiches et brochures en différentes langues),*
  - *discussion autour de vidéos,*
  - *remise d'une cassette audio aux bénéficiaires de l'information,*

Propos d'un résident suite à l'action : ***« … maintenant, quand je vais aux gazelles, je mets mon cheiche ».***

  - *mise à disposition gracieuse de préservatifs,*
  - *installation d'un distributeur de préservatifs au terme de l'information, sur site,*
  - *participation à la campagne du 1er décembre, journée mondiale de lutte contre le Sida..*

LES OUTILS

- Réflexion avec les responsables du foyer et de l'Unité de Gestion,
- Mise à disposition d'intervenants :

- *psycho-sociologues, médecins, psychothérapeutes formés au Sida, à l'animation de groupe et à la pédagogie participative,*
- *animateurs socioculturels en prise directe avec le public migrant,*

- Outils d'intervention :
  - *mallette pédagogique spécifique,*
  - *cassettes audio visuelles en fonction de l'origine culturelle des résidents,*
  - *documents écrits (dépliants, brochures en langue d'origine),*
  - *affiches,*
  - *fonds documentaire (recherches, notes de synthèse, rapports d'expérience sur le Sida et les cultures d'origine).*

D/ SYNTHESE DE L'ATELIER 3

A partir de questions de la salle :

- Faut-il être un « spécialiste » du Sida et de la migration pour intervenir auprès des publics issus de l'immigration ? La question est ouverte.
- Comment tenir compte de l'hétérogénéité des publics au niveau culturel sur un même site d'intervention ?
- Comment faire un travail sur soi pour se décentrer de sa propre culture et aller vers celle de l'autre ? On touche alors au problème identitaire des intervenants.
  Par ailleurs, on ne s'approche pas de la culture des autres sans prendre conscience que l'on est aussi un être de culture… « Il n'y a pas risque de la rencontre avec l'autre mais le plaisir de la rencontre avec l'Étranger … »
  Parler du Sida permet de rétablir un lien.
- Comment mobiliser des personnes ressources, référentes auprès de la communauté sur la durée.
- Nouvelle donne sur trois régions : Alsace, Haute Garonne et Rhône avec prostitution de personnes originaires des pays de l'Est. Comment y répondre ?

Parole d'une participante de l'atelier.

Quelques recommandations :

- ✓ A quand une ligne téléphonique pour les migrants* ? Quelles langues, dialectes devraient-on choisir ? Sida Info Service aurait un référent migrant ?
- ✓ Continuer à faire du « Sida Migrant » pour amener les migrants au système français de droit commun.
- ✓ Utiliser la langue de l'affect pour faire passer un message de prévention.
- ✓ Intervenir en petits groupes et adapter l'information à chaque « cible » et former des personnes relais.
- ✓ Utiliser davantage les radios communautaires pour amener la prévention du Sida et autres problèmes de santé.
- ✓ Utiliser plutôt la parole, l'affiche, l'image au détriment de l'écrit pour élaborer des messages auprès des migrants, surtout originaire d'Afrique.
- ✓ Réinvestir les formations BEATEP pour mieux toucher les animateurs et animatrices de quartier sur la santé en général et le Sida en particulier.

CONCLUSION :

Aucune expérience déjà engagée auprès des migrants n'a valeur d'exemplarité. L'important est de s'adapter aux contextes culturels et d'adapter les outils aux profils de la migration en lien avec le Sida.

---

*A noter, depuis cette journée, la mise en service d'une ligne téléphonique Info Migrants : 01 45 35 90 00 du lundi au vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 16h00 (Soutien aux personnes séropositives)

Vidéo « Par amour pour … la vie », film réalisé par Corail, Le Havre 76600, VHS, 20mn, dans le cadre d'un projet santé.

ATELIER N° 4

« Prise en charge et accompagnement des personnes migrantes et d'origine étrangère contaminées par le VIH »

Animateurs : François TICHIT, Alain FORMENTO, Salvatore ZAGARI — Association ACTIS 42

Nombre de participants : 29

Fonctions des participants :

Volontaire bénévole :	5
Infirmier(ère) :	3
Psychologue :	3
Formateurs(trice) :	3
Etudiant(e) :	3
Aides-soignant(e) :	2
Médecin :	2
Assistante-soignant(e) :	2
Assistant(e)-social(e) :	1
Educateur(trice) :	1
Conseiller(ère) familial(e) et conjugal(e) :	1
Chargé(e) de mission :	1
Autres :	2

Présentation de l'atelier par François TICHIT qui évoque en préambule selon des études officielles, les nombres de cas de personnes étrangères atteintes par le V.I.H. recensées en France et à l'étranger, réparties par mode de contamination, par sexe et par âge ; les pathologies les plus courantes ainsi que les principes essentiels de déclaration au sein de notre législation.

L'efficacité des actions de prévention puis de traitement dépendent de facteurs généraux internes et externes qui vont influencer la protection et la prise en charge des personnes atteintes par le V.I.H. Il semble ainsi essentiel d'établir la synergie des compétences et d'intégrer la reconnaissance des facteurs culturels et religieux dans le respect d'une approche et de relations intercommunautaires.

Déroulement de l'atelier : Alain FORMENTO et Salvatore ZAGARI énumèrent les différents établissements hospitaliers et de santé qui permettent le dépistage gratuit du V.I.H. en particulier la mise en place d'un traitement et le suivi médical (examens…) sur Saint-Etienne. La primo prescription se fait obligatoirement à l'Hôpital, en raison des pathologies soignées et de la discrétion du système administratif et des soins. Il s'agit d'éviter la stigmatisation des patients.

Le dispensaire de la Charité : Dépistage du V.I.H. (C.D.A.G.) et des M.S.T.
Le C.H.U. / Hôpital de Bellevue, maladies infectieuses et le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (C.D.A.G.).

Le C.H.U. a une convention avec la D.D.A.S.S. qui permet de délivrer des médicaments aux personnes sans domicile et sans couverture sociale. L'Hôpital a obligation d'octroyer des soins à toute personne se présentant.

La couverture sociale : la C.P.A.M. dispose d'un lieu nommé « Espace prévention » qui permet un bilan de santé gratuit par an et d'un autre lieu nommé « Solidarité Assurance Santé » qui octroie la C.M.U. (Couverture Médicale Universelle) en fonction des revenus et de la régularisation de la personne sur le sol français. Il existe aussi l'A.M.E. (Aide Médicale d'Etat) pour les personnes sans domicile fixe, ni revenus et/ou en instance de régularisation de papiers en France. L'équipe de l'Espace prévention composée d'animateurs et d'infirmier(ères) intervient aussi sur le terrain pour des actions de prévention et pour motiver l'accès au bilan de santé et le système social dans le milieu migrant. Un bilan assez positif a été effectué de ces interventions. Dans l'ensemble, le milieu migrant se dit satisfait de la gratuité et de l'accueil. Les jeunes amènent parfois leur famille à l'Espace

prévention, mais concernant le V.I.H. on peut constater quelques réticences et une certaine banalisation. En individuel, la prévention du V.I.H. a plus d'impact*

Le dispositif d'aides-ménagères à domicile : la coordinatrice du programme sur le département de la Haute-Loire, Annick LE BON (le même dispositif existe sur la Loire et dans de nombreux départements) intervient sur les modalités de ce programme. Les aides ménagères à domicile ont une formation spécifique et elles sont volontaires pour intervenir auprès des personnes touchées. Les aides-ménagères sont suivies par un(e) psychologue. C'est une aide à la vie quotidienne qui permet de rester ou de revenir dans son logement grâce à une prise en charge souple et modulable adaptée aux besoins. Une aide-à-domicile peut aider la personne et son entourage dans les tâches domestiques : courses, ménage, préparation des repas, entretien du linge … Son intervention soulage et laisse du temps pour se reposer. Sa présence peut apporter soutien moral, écoute et possibilité d'échanges et de dialogue. La mise en place de ce service est rapide et ne nécessite aucune démarche administrative. Il est assuré en partenariat avec le réseau d'associations intervenant dans le domaine du maintien à domicile. Ce service s'effectue dans le cadre des règles fondamentales de confidentialité et de respect de chacun. Une énumération interactive entre intervenant dans le domaine du maintien à domicile.

Etat du sujet face à la découverte de la séropositivité dans un contexte familial, social et religieux,
Accès délicat à l'information médico-sociale par l'utilisation orale et écrite d'une langue étrangère et plus particulièrement de la langue arabe et de ses dialectes placés sous l'influence de forts préceptes moraux.
Difficultés financières pour pallier l'ensemble des frais d'une nouvelle vie quotidienne,
Prise en charge communautaire difficile (honte, désespoir, jugement, éviction, condamnation, exclusion…)
Interventions nécessaires de référents religieux en l'occurrence d'imams en vue de faciliter la réinsertion sociale et familiale des personnes musulmanes touchées.

La réflexion de groupe grâce aux expériences mutuelles et respectives a permis de mettre en évidence la diversité des facteurs généraux et spécifiques dont il faut tenir compte et respecter afin de contribuer à la prise en charge efficiente

* voir infos complémentaires Actions Traitement N° 34 sur la Couverture Médicale Universelle

de personnes étrangères atteintes par le V.I.H. au sein de la société française (voire de nos sociétés)

Cette réflexion fondée également sur la sensibilisation aux spécificités intrinsèques des populations étrangères face au SIDA devrait générer de nouvelles actions et donc temps de concertation puisque la notion de « soigner » l'individu demeure essentielle et prioritaire, sans le dissocier ou l'éloigner dans la mesure du possible, de sa famille, de son entourage proche et par extension de la société.

EN GUISE DE CONCLUSION

Les ateliers ont rendu compte de leurs travaux, de leurs échanges et de leurs réflexions à tour de rôle en assemblée plénière en fin d'après -midi. Il est toujours difficile de tirer des éléments synthétiques qui puissent être mis en perspective ; il apparaît toutefois que des éléments clefs ont traversé cette journée qui méritent d'être mis en relief :

- Tout d'abord, nous tenons, au nom du groupe organisateur de cette journée, remercier l'assemblée de sa patience pour les quelques problèmes d'organisation de ce matin, de son écoute et de son implication attentive dans les différents ateliers ;
- Merci également au FAS Rhône-Alpes Auvergne et à la CRAM-URCAM Rhône-alpes qui nous ont aidé financièrement à organiser cette journée, sans oublier l'accueil de la Faculté de Médecine de Saint- Etienne et celui de l'association Actis.
- Ensuite, nous sommes contents d'avoir avancé sur la réflexion et la mise en pratique de la diversité et de la complexité d'une approche multiculturelle, dans le domaine de la prévention du VIH, mais aussi dans celle de l'accompagnement des personnes migrantes atteintes par la maladie.
- Nous avons beaucoup questionné et entendu au cours de cette journée la question de la différence, des représentations du corps et de la maladie, de la nécessité de travailler avec les représentants légitimes des communautés, qu'ils soient laïcs ou religieux, mais il nous faut aussi souligner l'étendue des similitudes qui nous rapprochent des autres et de celles et ceux qui sont identifiés comme "étrangers".
- Un des ateliers a posé très clairement la question de l'accès aux droits, et nous devons très nettement soutenir toutes les actions allant dans ce sens, en insistant sur la mise en citoyenneté des personnes qui ne relève pas uniquement d'une position de cœur ou d'idéologie, mais de lutte constante et quotidienne pour que l'accueil et l'hospitalité deviennent partout effectives, quelque soit notre degré d'engagement dans les professions ou les institutions qui sont les nôtres.
- Cette journée a correspondu à une attente pour certains, à une déception pour d'autres peut-être, mais nous pensons poursuivre au niveau régional et interrégional cette action par la mise en place de formations plus concrètes et répondant mieux aux acteurs de terrain ; les participants à cette journée et les institutions concernées ne manqueront pas d'être informées.
- Encore merci de votre venue et bonne poursuite dans vos travaux....

PATRICK PELEGE

SELECTION BIBLIOGRAPHIQUE

MARS 2000

Cette sélection bibliographique réalisée dans le cadre de la journée "***Populations migrantes et VIH : pratiques de prévention et d'accompagnement***" est extraite de **DOCSIDA**, la base de données nationale des CRIPS. Cette base de données partagée et alimentée par les sept CRIPS du territoire est riche aujourd'hui de plus de 25 000 références. **DOCSIDA** est accessible sur le web www.crips.asso.fr .

Cette sélection bibliographique est présentée en chronologie inversée (des références les plus récentes aux plus anciennes). Ces documents sont pour la plupart en consultation et ou en prêt dans le réseau documentaire des CRIPS. Pour tout renseignement contacter le CRAES-CRIPS Rhône-Alpes ou le CADIS-CRIPS Auvergne.

OUVRAGES - RAPPORTS - ETUDES - ARTICLES

RAYNAUT C
INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), France ; CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), France
Le sida en Afrique : quelques facteurs sociaux de l'épidémie et leur impact sur les politiques de prévention et d'éducation
Etude ; Français ; s.d. ; 50 p.
STATISTIQUE ; TRANSMISSION SEXUELLE ; HETEROSEXUEL ; REPRESENTATION ; COMPORTEMENT SEXUEL ; SEXUALITE ; AFRIQUE

GERLAUD L
Etrangers malades en France : quels droits à la santé ?
Article ; Français ; Revue : Remaides ; 1999/03 ; n° 31 ; ISN : 1162-0544 ; pp. 28-35
MIGRANT ; ACCES AUX SOINS ; AIDE MEDICALE ; INFORMATION ; TEMOIGNAGE ; DROIT DES ETRANGERS ; FRANCE
Résumé : Toute personne vivant en France a le droit d'y être soignée. L'accès aux soins repose sur un principe fort qui devrait s'appliquer pour les personnes de nationalité étrangère. La réalité est souvent différente : aperçu de la situation selon le statut administratif.

CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Ile-de-France
Sida et migrants, une épidémie cachée ? : 33ème rencontre du CRIPS
Numéro spécial ; Acte de colloque ; Français ; Revue : Lettre du CRIPS (La) ; 1999/01 ; n° 49 ; ISN : 1242 1693 ; 8 p.
Congrès : Sida et migrants : une épidémie cachée ?, Paris, 1998/12/17
MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE ; PRISE EN CHARGE ; ACCES AUX SOINS ; PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ; PREVENTION ; VULNERABILITE ; FRANCE ; SEINE SAINT DENIS ; PAYS BAS ; ROYAUME-UNI ; AFRIQUE
Résumé : Florence Lot, épidémiologiste, présente et analyse les chiffres disponibles. Vincent Jeantils, praticien hospitalier, témoigne de son expérience de terrain à Bondy, Seine-Saint-Denis. Osvaldo Brito, coordinateur de prévention, rapporte l'exemple de Rotterdam. Joshua Dongo, promoteur de santé dans les communautés africaines, expose la stratégie utilisée à Londres.

CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie), Bourgogne Franche-Comté
VIH sida et populations migrantes : de l'intérêt d'une réflexion interculturelle dans la prévention de l'infection à VIH
Brochure ; Français ; 1999 ; 79 p. ; carte ; liste d'adresses
MIGRANT ; MST ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; IDENTITE CULTURELLE ; SEXUALITE ; RELIGION ; NATIONALITE ; FRANCE
Public : FORMATEUR ; TRAVAILLEUR SOCIAL
Résumé : Prendre en compte les différences culturelles, identitaires, nationales, religieuses ainsi que les différentes représentations et croyances est un préalable à toute intervention de prévention auprès d'une population migrante. L'objectif d'un tel document est de donner aux formateurs, acteurs de terrain des éléments qui leur permettront de répondre aux besoins et attentes spécifiques des populations migrantes.

DELACHET-GUILLON C
Les Haïtiens de France et le sida : comportements, croyances, préventions, enquête comparée auprès des communautés d'Ile-de-France et de Guadeloupe
Livre ; Français ; Paris : l'Harmattan ; 1999 ; ISN : 2 7384 7824 7 ; 303 p. ; questionnaire
MIGRANT ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; REPRESENTATION DU CORPS ; REPRESENTATION DE LA MORT ; ATTITUDE ; CROYANCE ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; MIGRATION ; ASSOCIATION ; RELATION SOIGNANT-SOIGNE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; RELIGION ; INFORMATION CIBLEE ; PREVENTION ; ENQUETE ; METHODOLOGIE ; ILE DE FRANCE ; GUADELOUPE ; HAITI
Description : Le questionnaire est rédigé en deux langues : français et créole haïtien.

Résumé : Cet ouvrage présente et analyse les résultats d'une enquête menée entre 1994 et 1996 auprès de migrants haïtiens et des acteurs du système de soins et de prévention du sida, en Ile-de-France et en Guadeloupe. Après un historique des migrations haïtiennes, l'auteur montre les spécificités du contexte social et sanitaire en Haïti et les représentations culturelles du corps et des maladies. Les deux parties consacrées à l'analyse des résultats s'appuient sur des interviews, citations et dialogues. Y sont abordées les questions liées à l'interprétation du sida, aux stratégies de prévention et aux rapports entre hommes et femmes. La conclusion ouvre des perspectives d'action pour la prévention du sida tenant compte des particularités des migrants haïtiens.

FLEURY F
Migrants et VIH
in : Réduire l'écart : Genève XIIe conférence internationale sur le sida, 28 juin-3 juillet 1998
Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 1998/10 ; n° 69 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 24-25
Congrès : XIIe conférence internationale sur le sida, Genève, 1998/06/28-1998/07/03
MIGRANT ; STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; PROSTITUE ; VULNERABILITE

VERBOUD M ; ANARFI J-K ; OVER M ; VIENS P ; WHITESIDE A ; SEKYEWA F ; COLO M ; RUIZ M ; BROUARD N ; LE COEUR S ; DECOSAS J ; RWEGERA D
Spécial Abidjan
Numéro spécial ; Acte de colloque ; Anglais ; Français ; Revue : Sidafrique ; 1998/06 ; n° 14 ; pp. 3-36
Congrès : Conférence internationale sur les MST/sida en Afrique : "Sida et développement", Abidjan, 1997/12/07-11
EPIDEMIOLOGIE ; PROSTITUE ; ACCES AUX SOINS ; PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ; FECONDITE ; MST ; TUBERCULOSE ; VARIABILITE VIRALE ; MICROBICIDE ; AFRIQUE

HAOUR-KNIPE M
Migrants en Europe : éthique, équité et recherche
Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 1998/04 ; n° 64 ; ISN : 1166-5300 ; pp. 11-15
Congrès : Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales, Paris, 1998/01/12-15
MIGRANT ; GROUPE DE TRANSMISSION ; EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE ; GROUPE ETHNIQUE ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; ACCES AUX SOINS ; ACTION DE TERRAIN ; EVALUATION ; METHODOLOGIE ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; VULNERABILITE ; FRANCE ; EUROPE

CHERABI K ; FANGET D
Migrants et sida : quelle réalité en milieu maghrébin ?
in : Sida : les nouvelles donnes
Article ; Français ; Revue : Informations sociales ; 1998 ; n° 71 ; pp. 28-33
MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE ; ACCES AUX SOINS ; PREVENTION ; PRISE EN CHARGE ; VULNERABILITE ; FRANCE ; MAGHREB ; ALGERIE ; TUNISIE ; MAROC
Résumé : Les migrants de milieu maghrébin doivent faire face à de nombreux facteurs de vulnérabilité devant l'extension de l'épidémie : une position socio-économique généralement précaire, une distance vis-à-vis des discours médicaux et prévention, des positions d'évitement qui rendent l'accès aux soins diffcile. Il s'agit de faire en sorte que l'offre de soins et de prévention tienne compte de ces données spécifiques.

DELACHET-GUILLON C
VIH et populations immigrées
in : Sida : les nouvelles donnes
Article ; Français ; Revue : Informations sociales ; 1998 ; n° 71 ; pp. 20-26
MIGRANT ; ACCES AUX SOINS ; PAUVRETE ; CROYANCE ; IDENTITE CULTURELLE ; EPIDEMIOLOGIE ; INSERTION SOCIALE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Si les spécificités culturelles jouent un rôle dans la prévention du sida et la prise en charge des malades, d'autres facteurs liés aux conditions juridiques, économiques et sociales offertes par la société d'accueil sont des déterminants de l'état de santé des migrants et de leur accès aux soins. C'est le cas du titre de séjour et de travail, clef essentielle de l'intégration sociale.

ETCHEPARE M ; ETCHEPARE C
Enda, Dakar
Sida en Afrique : analyse par pays
Rapport ; Français ; Dakar : Enda Editions ; 1998 ; 2 éd. ; Coll. : Etudes et Recherches, n°196-197-198-199 ; ISN : 92 9130 009 8 ; 505 p. ; carte
EPIDEMIOLOGIE ; AFRIQUE

GENTILINI M
Le sida en Afrique après la Conférence Internationale d'Abidjan
in : Rapports et voeu de la Commission "maladies sexuellement transmissibles et sida", mars 1996 - mars 1998; Extraits du Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine : tome 180, 1996, volumes 3, 5 et 6; tome 181, 1997, volumes 2, 5 et 6; tome 182, 1998, volumes 2 et 3
Article ; Français ; Revue : Bulletin de l'académie nationale de médecine ; 1998 ; pp. 171-177
ACCES AUX SOINS ; IMPACT ECONOMIQUE ; AFRIQUE
Description : Est paru dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1998, tome 182, n°2, pages 466-472

NOUIOUAT R
Prévention de l'infection à VIH et migrants maghrébins
Article ; Français ; Revue : Migrations Santé ; 1998 ; n° 94-95 ; ISN : 0335-7198 ; pp. 189-206
MIGRANT ; PREVENTION PRIMAIRE ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; MAGHREB ; FRANCE

ROWE G
Le Sida : un défi à relever avec les populations migrantes en France
Article ; Français ; Revue : Migrations Santé ; 1998 ; n° 94-95 ; ISN : 0335-7198 ; pp. 243-250
MIGRANT ; ASSOCIATION ; SOINS ; FRANCE

BASSIN E ; POMPEY F
Sida : l'Afrique se mobilise
Numéro spécial ; Français ; Revue : Autre Afrique (L') ; 1997/11 ; n° 27 ; pp. 66-79
EPIDEMIOLOGIE ; MIGRANT ; CONGRES ; ACCES AUX SOINS ; ASSOCIATION ; AFRIQUE ; FRANCE ; COTE D'IVOIRE ; BURKINA FASO ; TOGO ; OUGANDA ; MALAWI

AOUIZERATE D ; DOURIS V
Régularisation des étrangers et VIH-sida : de nouvelles dispositions
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1997/09 ; n° 99 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 36-37
MIGRANT ; OBLIGATION DE TRAITER ; DROIT DES PERSONNES ; LEGISLATION ; FRANCE
Résumé : La circulaire "Chevènement" du 24 juin 1997, relative au réexamen de la situation de certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière met un terme, provisoire et partiel, à des situations administratives inextricables et intolérables.

ALS (Association de Lutte contre le Sida), Lyon
Prévention du sida auprès des migrants vivant en foyer dans l'agglomération lyonnaise : dossier de présentation
Rapport ; Français ; 1997/07 ; 21 p.
MIGRANT ; HOMME ; CENTRE D'HEBERGEMENT ; ACTION DE TERRAIN ; RHONE

ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), France ; ORSTOM (Institut français de Recherche scientifique pour le Développement en Coopération), Paris
Le sida en Afrique : recherches en sciences de l'homme et de la société
Rapport ; Français ; Paris : Agence Nationale de Recherches sur le Sida ; 1997/05 ; Coll. : Sciences sociales et sida ; ISN : 2 910143 10 4 ; 172 p.
SCIENCES SOCIALES ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; IMPACT DE LA SEROPOSITIVITE ; PRISE EN CHARGE ; AFRIQUE

Résumé : Cet ouvrage expose la situation de l'épidémie de sida en Afrique et plus particulièrement en Cote d'Ivoire, au Mali et au Congo. Il fait d'abord un constat du contexte social et dynamique de l'épidémie en relevant les traditions et les changements selon les milieux socio-culturels, le sexe et les générations. Ensuite, il fait état des représentations sociales et culturelles du sida par une étude comparative des connaissances, opinions et attitudes en milieu rural de trois pays d'Afrique en reprenant les mêmes critères que dans la première partie. Enfin, dans une dernière partie, il dénombre les réponses à l'épidémie par les actions sur le terrain tant au niveau individuel, communautaire qu'institutionnel.

KOLAMI Y-C ; N'DAKI G ; PROLONGEAU H ; REVELLI P ; CASTELLO B ; JULLIEN H ; LION A
Sida : réponses africaines
Numéro spécial ; Français ; Revue : Peuples du monde ; 1997/04 ; n° 301 ; ISN : 0555 9952 ; pp. 3-21
EPIDEMIOLOGIE ; IMPACT ECONOMIQUE ; ASSOCIATION ; FEMME ; RECHERCHE ; RELIGION ; AFRIQUE ; ZAIRE ; OUGANDA ; AFRIQUE DU SUD ; COTE D'IVOIRE ; CAMEROUN ; SENEGAL

Monde arabe : migrants/maghreb
Revue : Le journal du sida, 1997; n° 92-93; 58p.
MIGRANT; RELIGION; TOXICOMANIE; SEXUALITE; REPRESENTATION; FEMME;

MALEWSKA-PEYRE H ; EL MOUBARAKI M ; GAILLARD A M ; KALIS S ; D'ALMEIDA L
Livre ; Français ; Revue : Migrations Santé ; 1997 ; n° 90 ; 110 p.
MIGRANT ; DISCRIMINATION ; IMAGE DE SOI ; REPRESENTATION ; RELIGION ; MILIEU PROFESSIONNEL ; MILIEU SCOLAIRE ; ALLOCATION FAMILIALE ; MEDECINE ALTERNATIVE ; FRANCE ; SENEGAL
Résumé : Les articles de ce numéro se répartissent en deux parties traitant de l'immigration et de l'anthropologie médicale.Les textes de la première partie abordent les questions relatives à la construction des identités et à la constitution des stratégies contre la dévalorisation par les préjugés et la xénophobie. Les textes de la deuxième partie traitent des situations psychiques créées par la nostalgie, les problèmes thérapeutiques mentales ainsi que les attitudes culturelles face à la santé et à la maladie.

CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Ile-de-France
Prévention du VIH auprès des migrants ? : 26ème rencontre du CRIPS
Numéro spécial ; Acte de colloque ; Français ; Revue : Lettre du CRIPS (La) ; 1996/12 ; n° 37 ; ISN : 1242 1693 ; 12 p.
Congrès : Prévention du VIH auprès des migrants ?, Paris, 1996/11/23
MIGRANT ; PREVENTION PRIMAIRE ; EPIDEMIOLOGIE ; ACTION DE TERRAIN ; ISLAM ; ACCES AUX SOINS ; PRISE EN CHARGE ; ILE DE FRANCE ; HAITI ; MAGHREB ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Résumé : Après la présentation de chiffres jusqu'à maintenant relativement confidentiels sur les cas de sida chez les personnes d'origine étrangère, sont exposées les méthodes d'action de prévention utilisées par diverses associations, ces expériences permettant d'envisager quatre pratiques, particulières dans leur approche mais aussi par les personnes auxquelles elles s'adressent. Enfin, les problématiques et les cadres qui lient prévention et prise en charge en France dans les différentes institutions ont été développés.

VUARIN R
DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), Bouches-du-Rhône ; GIRAST (Groupe Interpartenarial de Recherche Action Sida et Toxicomanies), Marseille
L'épidémie sur les frontières : inventaire, discussion de la prévention de l'épidémie à VIH en direction des populations migrantes vivant en foyer et proposition d'action
Rapport ; Français ; 1996/08 ; 108 p.
MIGRANT ; MIGRATION ; AIDE SOCIALE ; IDENTITE CULTURELLE ; PREVENTION ; RELAIS DE PREVENTION ; ENQUETE ; FOYER ; PROVENCE ALPES COTE D'AZUR ; MAGHREB ; AFRIQUE
Résumé : Ce document recense les établissements et relais possibles en matière de prévention VIH auprès des populations migrantes ou issues de la migration. Il donne un état des lieux des actions déjà

conduites sur ce thème dans la région Provence Alpes-Côte d'Azur et propose d'autres actions de prévention spécifiques.

ODTI (Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés), Grenoble
Bilan "Prévention sida dans les foyers Sonacotra" : avril 1995-mars 1996
Rapport ; Français ; 1996/04 ; 16 p.
MIGRANT ; FORMATION ; INFORMATION ; CENTRE D'HEBERGEMENT ; ISERE ; FRANCE ; RHONE ALPES ; MAGHREB
Résumé : Ce rapport présente succinctement l'expérience-pilote (formation du personnel du foyer, séance d'information des résidents, travail en réseau) entreprise dans un foyer Sonacotra de la région grenobloise.

ALS (Association de Lutte contre le Sida), Lyon
Etre proche de ceux que le sida touche
Dossier de presse ; Français ; 1996 env. ; 21 p.
MIGRANT ; INFORMATION ; CENTRE D'HEBERGEMENT ; HOMME ; ADULTE ; FRANCE ; RHONE ALPES

FASSIN D ; RICARD E
Les immigrés et le sida : une question mal posée
in : Sida et vie psychique : approche clinique et prise en charge
Extrait ; Français ; Paris : La découverte ; 1996 ; ISN : 2 7071 2625 X ; pp. 81-90
MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE ; ANTHROPOLOGIE ; SCIENCES SOCIALES ; SOCIOLOGIE ; FRANCE

HALLOUCHE O ; LAPLANTINE F, dir.
Université de Lyon 2 Louis Lumière. Faculté d'anthropologie et de sociologie
Migrants maghrébins et sida, socioanthropologie des discours de prévention : de l'autre côté du miroir
Mémoire ; Français ; 1996 ; 97 p.
REPRESENTATION ; MIGRANT ; CONNAISSANCE ; PROSTITUTION ; ISLAM ; ENTRETIEN ; ATTITUDE ; REPRESENTATION DU CORPS ; ALS ; FRANCE ; MAGHREB ; RHONE
Résumé : Ce rapport de DEA présente une enquête menée auprès d'hommes d'origine maghrébine, de plus de 50 ans, vivant seuls dans les foyers d'hébergement de la région lyonnaise. Y sont exposés les difficultés d'aborder la prévention du sida, les représentations liées à la maladie, à la mort et au corps, de parler de la sexualité.

MORO M-R ; IDRISS I
Vivre malgré le sida, survivre à la mort culturelle : aspects psychiques et travail ethnopsychanalytique
in : Sida et vie psychique : approche clinique et prise en charge
Extrait ; Français ; Paris : La découverte ; 1996 ; ISN : 2 7071 2625 X ; pp. 268-274
MIGRANT ; SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ; FRANCE

CHIEZE F
Nouvelles d'Afrique
Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 1994/11 ; n° Hors-série ; pp. 71-73
AIDE SOCIALE ; PREVENTION ; ACCES AUX SOINS ; IMPACT ECONOMIQUE ; AFRIQUE

LEMSEFFER L
ODTI (Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés), Grenoble ; ODPS (Office Départemental de Prévention du Sida), Isère
Rapport final : prévention au VIH hommes d'origine maghrébine, foyer et centre d'hébergement ODTI
Rapport ; Français ; 1994/06 ; 13 p.
MIGRANT ; CENTRE D'HEBERGEMENT ; ISLAM ; HOMME ; INFORMATION ; FRANCE ; ISERE ; RHONE ALPES ; MAGHREB

Inades Documentation, Abidjan
Faire face au sida, bibliographie commentée

Bibliographie ; Français ; 1994/01 ; 35 p.
RELIGION ; AFRIQUE ; COTE D'IVOIRE

JOINET B ; MUGOLOLA T
Survivre face au sida en Afrique
Livre ; Français ; Paris : Karthala ; 1994 ; ISN : 2 86537 534 X ; 314 p.
HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE ; TRANSMISSION ; EPIDEMIOLOGIE ; COUNSELLING ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; PROSTITUE ; MILIEU SCOLAIRE ; SEXE A MOINDRE RISQUE ; PRESERVATIF MASCULIN ; SOINS A DOMICILE ; ABSTINENCE SEXUELLE ; PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; SANTE COMMUNAUTAIRE ; ORPHELIN ; IMPACT DEMOGRAPHIQUE ; IMPACT ECONOMIQUE ; PREVENTION SECONDAIRE ; AFRIQUE
Résumé : A la fois synthèse médicale et guide pour la prévention et les soins, cet ouvrage écrit dans une langue directe et imagée s'adresse à la fois aux jeunes et aux adultes, éducateurs, professionnels de la santé, ou parents. Il permet à chacun de faire ses choix, en fonction de son âge, son sexe, son éthique personnelle, sa religion et ses traditions culturelles.

VALLIN J ; AUVERT B ; BROUARD N ; CHIEZE F ; DOZON J-P ; GUILLAUME A
Populations africaines et sida
Livre ; Français ; Paris : La Découverte, CEPED ; 1994 ; ISN : 2 7071 2384 6 ; 223 p.
HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE ; THERAPEUTIQUE ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ; DEMOGRAPHIE ; ECONOMIE ; COUT ; AFRIQUE
Description : Tableaux
Résumé : Pourquoi le sida sévit-il plus en Afrique qu'ailleurs?. En quoi cette maladie dépend-elle des comportements sociaux, psychologiques?. Quelles peuvent-être les conséquences démographiques, économiques, politiques pour l'avenir de la population africaine?. Face à ces interrogations, cet ouvrage analyse le sida sous un angle pluridisciplinaire.

LEFEVRE A
Pourquoi nous ? : Parler du sida avec des migrants originaires d'Afrique de l'Ouest résidant en foyer
in : Familles Africaines
Article ; Français ; Revue : Migrants-formation ; 1993 ; n° 91 ; pp. 170-179
MIGRANT ; CENTRE D'HEBERGEMENT ; REPRESENTATION ; EVALUATION ; EDUCATION POUR LA SANTE ; FRANCE ; ILE DE FRANCE ; MALI ; SENEGAL ; MAURITANIE

MOUMEN-MARCOUX R
Migrants et perception du Sida : " Le Maître des Infidèles"
Livre ; Français ; Paris : L'Harmattan ; 1993 ; 143 p.
MIGRANT ; REPRESENTATION ; ENQUETE ; ISLAM ; HOMME ; ADULTE ; SEXUALITE ; FRANCE ; MAGHREB
Description : Préf. de J. Beauchard. Bibliogr.
Résumé : Cet ouvrage d'anthropologie pose la question du "Sens" de la maladie Sida chez les travailleurs maghrébins, "sans famille" et en "exil" en France. A partir d'une série d'entretiens avec des travailleurs arabo-musulmans, l'auteur (femme arabe) livre quelques réfexions d'ordre moral, religieux, spirituel, voire "magique".

OUTILS (AFFICHES, VIDEOS, BROCHURES…)

Khadija, Dakar ; CNLS (Comité National de Lutte contre le Sida), Sénégal
Stop sida
Outil pédagogique ; Français ; s.d.
TRANSMISSION ; SENEGAL
Public : MIGRANT
Description : Boîte contenant un mode d'emploi, un plateau de jeu, un dé, 4 x 4 pions de couleurs différentes, 40 cartes représentant soit un vecteur de transmission (lame, seringue...) soit un moyen de se protéger (préservatif masculin) ainsi que 80 billets représentant 1,5 MF.
Résumé : Jeu qui a pour vocation d'indiquer les principaux modes de transmission du sida et la prévention adaptée à chacun. Le gagnant du jeu est celui qui, à la fin, aura sauvé le plus grand nombre de ses pions en dépensant le moins possible.
Production : Dakar : Khadija

Corail (Coordination Régionale des Associations pour l'Intégration Locale), Le Havre
Par amour pour la vie : prévention sida
Vidéo ; Français ; 1998 ; 20 min.
INFORMATIONS GENERALES ; TRANSMISSION ; PREVENTION ; PRESERVATIF MASCULIN ; DEPISTAGE
Public : MIGRANT

NACRO F R ; NACRO F R
Le truc de Konaté
Vidéo ; Film de prévention ; Français ; 1998 ; 33 min.
PRESERVATIF MASCULIN ; RELATION DE COUPLE ; NEGOCIATION SEXUELLE ; AFRIQUE
Public : HETEROSEXUEL ; GRAND PUBLIC ; MIGRANT
Résumé : Fiction sur le thème de la négociation de l'utilisation du préservatif dans un couple hétérosexuel.
L'action se déroule en milieu rural africain.
D'un séjour en ville Diénéba a rapporté en cadeau des préservatifs. Konaté, son mari, refuse de les utiliser mais Diénéba ne cède pas...

CANTAL RIVAS J ; BOKIN C ; MUGOLOLA T ; JOINET B
La Flotille de l'Espoir : jeu de la Flotille
Outil pédagogique ; Français ; 1997
PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; FIDELITE ; ABSTINENCE SEXUELLE ; PRESERVATIF ; FRANCE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Public : MIGRANT
Description : Sac contenant un panneau d'étoffe bleu de 1,5 x 2 m avec 3 bateaux et une poche, un jeu de silhouettes, un jeu de 17 posters, des notes pédagogiques pour les posters et un mode d'emploi.
Résumé : Ce jeu de groupe ne donne pas d'informations sur le sida. Il ne peut être utilisé qu'avec des personnes qui connaissent déjà les modes de transmission et les moyens de se protéger. Il répond uniquement à la question : comment puis-je éviter que le sida me soit transmis par voie sexuelle ?
Production : Paris : Flotille de l'Espoir

CFES (Comité Francais d'Education pour la Santé)
Outils de prévention sida à destination des migrants
Catalogue ; Français ; 1997/12 ; 29 p.
DOCUMENTATION ; MIGRANT ; FRANCE
Public : RELAIS DE PREVENTION

MOREAU A ; Cercle culturel de la santé, Paris
Sida...Hacha Kadrek ; Le sida...sauf votre respect
Vidéo ; Film de prévention ; Français ; Arabe ; 1995 ; 25 min.
INFORMATION ; MIGRANT ; ISLAM ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; SEXUALITE ; ATTITUDE ; FAMILLE ; FRANCE
Public : RELAIS DE PREVENTION ; MIGRANT
Résumé : Documentaire. Témoignages. Une dizaine de personnes maghrébines de la première et de la seconde génération, d'âges et de milieux différents, vivant en France, parlent du sida et des problèmes de communication qui entourent la maladie et sa prévention.
Production : Paris : Cercle culturel de la santé

PAGEZY H ; TRACT, Bamako
Jama Jigi : espoir du monde
Vidéo ; Documentaire ; Français ; Bambara ; 1994 ; 38 min.
PRESERVATIF MASCULIN ; THEATRE ; MODE D'EMPLOI ; MALI ; AFRIQUE
Public : GRAND PUBLIC ; MIGRANT
Description : Existe également en version bambara non doublée en français
Résumé : Pièce de théâtre traditionnel (Koteba) filmée lors d'une représentation dans un village bambara au Mali. Découpée en cinq tableaux, la pièce présente avec humour 'la solution' aux problèmes relatifs au sida : le préservatif.
Production : Marseille : Santé Sud

THEOBALD G ; THEOBALD G
BOTO N'DINGO : les oubliés de la maladie
Vidéo ; Documentaire ; Français ; 1994 ; 52 min.
INFORMATIONS GENERALES ; MIGRANT ; REPRESENTATION ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; TEMOIGNAGE ; RELIGION ; PRESERVATIF MASCULIN ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; ANNONCE PERSONNELLE DE LA SEROPOSITIVITE ; CROYANCE ; USAGE DU PRESERVATIF ; IDENTITE CULTURELLE ; TRADI-PRATICIEN ; INFORMATION CIBLEE ; AFRIQUE ; FRANCE
Public : RELAIS DE PREVENTION ; MIGRANT
Résumé : Documentaire sur le sida dans la communauté noire africaine en France. Les témoignages de Patrick et Massala, séropositifs, sur leur difficulté de révéler leur séropositivité, leur vécu quotidien. La perception du sida dans la communauté africaine (interview de Moussa Mamam, URACA). L'information et la prévention dans la communauté migrante africaine (foyer ...), les barrières culturelles. La place de la médecine traditionnelle (interview de marabout). Le point de vue et la place de l'église (interview des pasteurs Kunga Kongo et Nzakimuena de l'église kimbanguiste. Les actions de prévention dans les villages, en milieu rural, en Afrique. L'expulsion des personnes africaines atteintes du sida , l'action du Comité contre la double peine (interview de Claude Guillomard).
Production : Lyon : Papaye Communication ; Lyon : Cents Production - VHS SECAM

GOC Manual ; GOC Manual
Mon cher frère (Querido Hermano)
Vidéo ; Film de prévention ; Français ; 1993/11 ; 14.24 min.
PROSTITUE ; MST ; PRESERVATIF MASCULIN ; DEPISTAGE ; CLIENT DE PROSTITUE ; INFORMATION CIBLEE ; ESPAGNE
Public : MIGRANT
Description : Existe en version catalane, française et anglaise. Feuillet d'accompagnement joint à la cassette.
Résumé : Film de prévention destiné à ouvrir un débat avec un groupe de migrants originaires d'Afrique subsaharienne. La fiction met en scène deux migrants dans leur vie quotidienne, de leur arrivée à Barcelone jusqu'à leur confrontation avec les problèmes des MST, du préservatif et du sida.
Production : Barcelone : Bayt Al Thaqafa ; Barcelone : Ajuntament de Barcelona

DUPARC H ; DUPARC H ; Jeunes lycéens de Dabou (Côte d'Ivoire)
Joli coeur

Vidéo ; Français ; 1992/10 ; 19 min.
ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE ; TRANSMISSION ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; SOLIDARITE ; ENTOURAGE ; AFRIQUE
Public : GRAND PUBLIC ; MIGRANT
Résumé : Adaptation d'une pièce de théâtre écrite par des jeunes de Dabou (Côte d'Ivoire), primée lors du concours de scénario "Un séropositif dans la ville", ce film est destiné à la prévention du sida en Afrique ou dans les communautés africaines immigrées en France. Il présente l'histoire de Joli Coeur, qui découvre sa séropositivité, et montre les réactions de soutien et de solidarité de son entourage.
Production : Paris : Filmedoc

Migrations Santé, Paris
Mallette pédagogique : Le sida, douze affiches pour en parler
Outil pédagogique ; Français ; 1992
INFORMATIONS GENERALES ; TRANSMISSION ; PREVENTION ; MIGRANT ; INFORMATION CIBLEE ; FRANCE
Public : RELAIS DE PREVENTION ; MIGRANT

HOARE M ; GRDR
Le sida parlons-en (Balaawu)
Vidéo ; Film de prévention ; Soninké ; 1992 ; 24 min.
INFORMATIONS GENERALES ; TRANSMISSION ; PREVENTION ; PRESERVATIF MASCULIN ; FRANCE ; AFRIQUE
Public : MIGRANT
Description : Film inclus dans une mallette de prévention "le sida, parlons-en"
Résumé : Film de prévention destiné aux migrants originaires du Mali, de Mauritanie, du Sénégal et vivant en France. Les messages essentiels sur la maladie, ses causes, les moyens de prévention en France mais aussi la situation dans les villages d'origine.
Production : Montreuil : GRDR ; Livable Future Associates ; Paris : Medicus Mundi France

HOARE M ; GRDR (Groupe de Recherche et de Réalisations pour le Développement Rural dans le Tiers-Monde), Aubervilliers
Le sida parlons-en (Muusiiba)
Vidéo ; Film de prévention ; Pulaar ; 1992 ; 24 min.
TRANSMISSION ; PREVENTION ; PRESERVATIF MASCULIN ; INFORMATION CIBLEE ; FRANCE ; AFRIQUE
Public : MIGRANT
Description : Film inclus dans une mallette de prévention
Résumé : Film de prévention destiné aux migrants originaires du Mali, de Mauritanie, du Sénégal et vivant en France. Les messages essentiels sur la maladie, ses causes, les moyens de prévention en France mais aussi la situation dans les village d'origine.
Production : Montreuil : GRDR ; Livable Future Associates ; Paris : Medicus Mundi France

ANNEXE N° 1

Pour mémoire :
« Groupe Référents Migrants Sida » 1995.

Ses partenaires :

- Alliance Femmes Auvergne
- Amicale des Algériens en Europe.
- CADIS-CRIPS Auvergne.
- CAF (Caisse d'Allocations Familiales) du Puy de Dôme.
- CDAG (Centre Dépistage Anonyme et Gratuit) du Puy de Dôme.
- CLISMA (Comité de Liaison Inter-Service Migrant Auvergne).
- CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) du Puy de Dôme.
- La Maison des Potes.
- Relais Santé
- SSIU (Service Santé Inter Universitaire).

Coordination : CADIS-CRIPS Auvergne.
Financements : DDAS, CPAM.

Les partenaires du groupe Migrants Santé année 2000.

- AIDES Auvergne
- Le CADIS-CRIPS Auvergne (Centre d'Accueil pour la Documentation, l'Information/formation sur le Sida, Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida).
- La CAF du Puy de Dôme (Caisse d'Allocations Familiales).
- Le CDAG du Puy de Dôme (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit).
- Le CDES du Puy de Dôme (Comité Départemental d'Éducation Pour la Santé).
- Le Centre de soins spécialisé pour toxicomanes et le Bus Échange Prévention.
- Le CLISMA (Comité de Liaison Inter Services Migrants Auvergne).
- La CPAM du Puy de Dôme (Caisse Primaire d'Assurances Maladie).
- La CRAM Auvergne (Caisse Régionale d'Assurance Maladie).
- Le Planning Familial.
- PSF (Pharmaciens Sans Frontières).
- Le Relais Santé.
- Le SSIU (Service Santé Inter Universitaire).
- Ainsi que des bénévoles.
- Le CADIS-CRIPS Auvergne assure la coordination du groupe.

Les actions du groupe sont financées par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Puy de Dôme et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Puy de Dôme.